

« La consommation d'alcool chez les seniors »

**Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet
Prévention Intercantonal Alcool (PIA)**

Jean-Félix Savary, Marie Cornut et Andres Pinilla Marin
Janvier 2018

TABLE DES MATIERES

ABSTRACT	III
1. INTRODUCTION	1
2. ALCOOL ET SENIORS : DEFINITIONS ET REPRESENTATIONS	3
2.1. VERS UNE DEFINITION DU PUBLIC-CIBLE	3
2.2. REPRESENTATIONS SOCIALES ET ROLES SOCIAUX DES AINES	5
3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE	6
3.1. CONTEXTE GENERAL, ASPECTS DEMOGRAPHIQUES EUROPEENS.....	6
3.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE SUISSE	6
3.3. CONSOMMATION D'ALCOOL : HABITUDES, NORMES ET REPERES	7
3.4. L'ALCOOL EN SUISSE, DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	8
3.5. NOTIONS DE QUANTITE ET COMPORTEMENTS EN TERMES DE CONSOMMATION.....	10
3.6. LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES AINES EN SUISSE : ETAT DES LIEUX.....	10
4. EFFETS ET RISQUES IDENTIFIES	12
4.1. LES RISQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL POUR LA SANTE PHYSIQUE	13
4.2. LES RISQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL POUR LA SANTE PSYCHIQUE	15
4.3. RISQUES PAR RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL.....	16
4.4. ALCOOL ET MEDICAMENTS.....	18
5. FACTEURS DE RISQUE ET SITUATION DE VULNERABILITE CHEZ LES AINES	19
5.1. LA SITUATION DE VULNERABILITE CHEZ LES PERSONNES AGEES	20
5.2. DES RISQUES QUI DIFFERENT SELON LE GENRE	22
5.3. LE PASSAGE A LA RETRAITE	22
5.4. LE DEUIL.....	24
5.5. LES TROUBLES DU SOMMEIL	24
5.6. L'ISOLEMENT, LA SOLITUDE ET LE SENTIMENT D'INUTILITE.....	24
5.7. UN PHENOMENE SOUS-EVALUE	25
5.8. DES CROYANCES QUI LIMITENT LE REPERAGE.....	26
5.9. LES OUTILS DE DEPISTAGE EXISTANTS	27
6. LES DEFIS A RELEVER	28
6.1. VIEILLIR EN SANTE	28
6.2. AMELIORER ET MAINTENIR UNE QUALITE DE VIE	29
6.3. LE CONCEPT DE « DEPRISE » OU LE LACHER PRISE PROGRESSIF	30
6.4. PRESERVER UNE AUTONOMIE FONCTIONNELLE	32
6.5. TENIR COMPTE DE LA DIVERSITE DES PERSONNES AGEES	32
6.6. FAIRE AVEC L'IMPACT DE L'INIQUITE	32
6.7. DEPASSER LES REPRESENTATIONS	33
6.8. TENIR COMPTE DES CHANGEMENTS SOCIETAUX.....	33
6.9. REDUCTION DES RISQUES : UN EQUILIBRE ENTRE NORMES ET REALITE	34
6.10. LA SURCONSOMMATION DES MEDICAMENTS.....	34
7. PISTES DE REFLEXION ET D'INTERVENTION	35
7.1. LIENS AVEC LA STRATEGIE ADDICTION ET LA STRATEGIE DE PREVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	35
7.2. L'IMPORTANCE DU REPERAGE PRECOCE ET CIBLE.....	36
7.3. SENSIBILISATION LORS DE LA PREPARATION A LA RETRAITE.....	37
7.4. QUESTIONNER LA CONSOMMATION DANS LES INSTITUTIONS	37
7.5. PROMOUVOIR LE COMMUNAUTAIRE	38
7.6. INTERDISCIPLINARITE	39
7.7. DES PISTES D'INTERVENTION POUR REDUIRE LES RISQUES.....	39
7.8. LES ENJEUX DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	43
8. CONCLUSION	44
9. ANNEXES	46
10. REFERENCES	49

Abstract

Personnes âgées

Deux définitions :

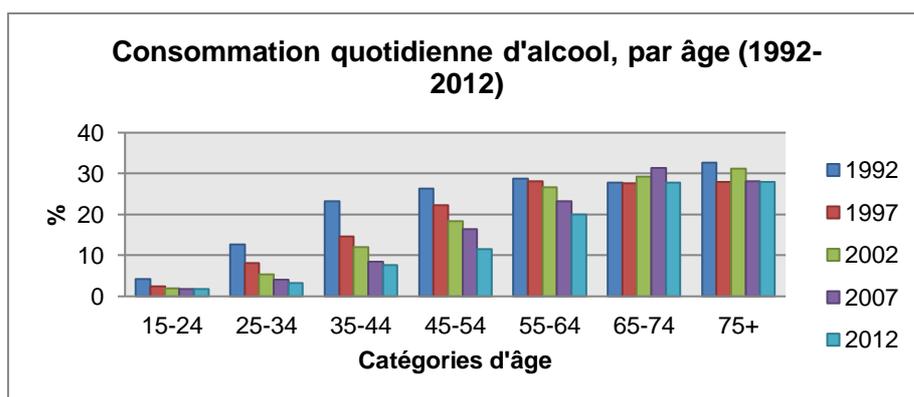
- Selon l'OMS toute personne de plus de 65 ans
- Une définition sociale selon la cessation de l'activité professionnelle (55-65 ans)

Groupes d'âge, références admises¹ :

- Les 60-64 ans : l'âge de la pré-retraite
- Les 65-79 ans : les personnes du 3^{ème} âge
- Les 80 ans et + : 4^{ème} âge/ personnes très âgées

Alcool et séniors en Suisse

- 18 % de la population suisse a plus de 65 ans
- Ils sont 7,5% à avoir une consommation problématique²
- La fréquence de consommation augmente avec l'âge, la consommation chronique devient plus importante également³
- 2/3 des personnes âgées ont une consommation d'alcool installée de longue date (précoce), 1/3 développe une consommation d'alcool problématique lors du passage à la retraite (tardive)⁴
- La consommation quotidienne d'alcool tend à diminuer dans les différentes tranches d'âge à l'exception des plus de 65 ans chez qui elle reste stable depuis 20 ans⁵.



Source : ESS 2014

Effets et risques identifiés de la consommation d'alcool

Risques pour la santé physique	Les capacités fonctionnelles L'atteinte cérébrale Chutes et fractures Affections cardio-vasculaires Affections métaboliques et nutritionnelles Les intoxications alcooliques
--------------------------------	---

¹ La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans des ménages privés, Luca Notari, Marina Delgrande Jordan, Addiction Suisse, Lausanne, 2012

² Monitoring Suisse des addictions 2016

³ Monitoring Suisse des addictions 2016

⁴ Onen, 2008

Risques pour la santé psychique	Troubles cognitifs et syndromes démentiels Syndromes confusionnels Anxiété dépression et suicides
Risque par rapport à l'environnement social	Isolement social Perte de la qualité de vie Décès Incidences sur le plan familial (conflits) Incidences sur le plan institutionnel
Interaction alcool et médicaments	50 % des séniors consomment des benzodiazépines, en particulier les femmes. L'association de la consommation d'alcool et des psychotropes augmente considérablement les risques de chute et l'apparition d'un état confusionnel ou de troubles cognitifs. La consommation d'alcool de manière simultanée peut accentuer les effets ou les inhiber en fonction du médicament.

Autres facteurs de risques liés au vieillissement

Le passage à la retraite	Un bouleversement important en termes de rôle social et d'organisation du temps libre à disposition.
Le deuil	Un chamboulement où le sentiment de vide et l'installation de la douleur conduisent à la réévaluation des désirs, des intérêts, des projets et de ses propres valeurs.
Les troubles du sommeil	La prévalence des troubles du sommeil est de 50 % chez les 65 ans. Face à l'insomnie, des hypnotiques sont consommés et souvent associés à l'alcool.
L'isolement social, la solitude et le sentiment d'inutilité.	Le décès d'un conjoint, l'éloignement des enfants, changement du lieu de vie, réseau d'amis qui diminue (décès) augmentent les sentiments de vide et de solitude.
Distinction des risques selon le genre	L'isolement social et la précarité financière touche davantage les femmes âgées et très âgées. Entre 85 ans et 89 ans, 87% des femmes et seulement 42% des hommes vivent seuls, le plus souvent suite à un veuvage. La consommation d'alcool chez les femmes âgées est une forme d'automédication répandue et peu visible en raison de l'isolement social.

Défis à relever

Vieillir en santé

Il s'agit du maintien des aptitudes fonctionnelles permettant aux individus de faire et d'être ce qu'ils jugent valorisant. La santé n'étant pas réduite à l'absence de maladie mais liée à un sentiment subjectif de bien-être, susceptible d'être renforcé par les éléments suivants : un rôle, une identité ; des relations, l'opportunité de s'amuser ; l'autonomie (être indépendant et prendre ses propres décisions) ; le sentiment de sécurité ; le potentiel nécessaire au développement personnel.

Améliorer et maintenir une qualité de vie

Il s'agit d'un équilibre précaire entre les facteurs de risques objectifs et subjectifs. D'une part les facteurs objectifs existants dans la vie d'une personne, tels que l'état de santé, le niveau de vie, les capacités fonctionnelles, les liens sociaux et activités de loisirs. D'autre part, les facteurs subjectifs qui sont des éléments moins tangibles mais non moins importants pour le

développement personnel et social, tels que l'appréciation de la qualité de vie, les souhaits de la personne, le sens de la vie et les aspirations.

Dépasser les représentations

La revue de la littérature a permis de constater que les représentations construites essentiellement par la société, souvent erronées représentent un axe majeur en termes d'action afin d'établir une meilleure compréhension. Développer une vision intégrative en considérant l'apport des personnes âgées dans notre société permettrait de mieux répondre à des besoins de prévention de manière ciblée et effective.

Pistes de réflexion et d'interventions

Sensibilisation et formation des professionnels

Tous les acteurs amenés à accompagner les personnes âgées pourraient être sensibilisés. Des formations pourraient être proposées à un large public de professionnels issus des domaines socio-sanitaires. Ceci afin de renforcer les connaissances et les compétences de l'ensemble des acteurs concernés.

Collaboration interdisciplinaire entre les institutions concernées et le domaine des addictions

La collaboration interdisciplinaire pourrait être renforcée entre le domaine des addictions et les institutions qui accueillent les personnes âgées (soins à domicile, EMS). Ceci en vue d'ancrer la gestion des consommations d'alcool dans une réelle politique institutionnelle et mettre en place des mesures structurelles de prévention. Une collaboration avec les associations faitières des retraités et toutes les associations qui proposent des activités de loisirs aux personnes âgées (espaces de rencontres, centres de jour) pourrait également être renforcée afin de promouvoir des démarches communautaires. Il en va de même pour le domaine médical, notamment à travers une sensibilisation des médecins généralistes et les pharmaciens qui doivent pouvoir informer les personnes concernées notamment sur les interactions entre l'alcool et les médicaments. Une collaboration avec les entreprises serait probablement aussi souhaitable dans une perspective de préparation à la retraite.

Repérage précoce

Les acteurs mentionnés ci-dessus ainsi que l'entourage ont un rôle important à jouer dans le repérage des situations de vulnérabilité (cf. Intervention précoce). Pour ce faire, il s'agit de rester en lien, d'observer les changements survenus dans le quotidien de la personne et de partager ses inquiétudes à travers le dialogue.

Campagne de sensibilisation auprès du grand public

Des campagnes de prévention permettraient d'augmenter la visibilité de la problématique d'alcool chez les aînés. Des actions menées sur la base d'une collaboration avec le domaine culturel telles que pièces de théâtre adressées aux personnes concernées en vue d'aborder la question ont été menées avec succès dans le canton du Tessin.

Conclusion

L'étude a permis de constater le besoin de s'intéresser à la consommation d'alcool chez les personnes âgées, notamment lorsqu'elle est associée avec la prise de médicament. Les défis à relever sont complexes et invitent à travailler sur la base de l'interdisciplinarité et du communautaire. Par ailleurs, les représentations culturelles qui entourent les personnes âgées semblent contribuer de manière importante aux difficultés constatées dans la prise en charge. Dans le cadre d'une politique de prévention, il serait intéressant de sensibiliser les professionnels de la santé, ainsi que l'environnement des personnes âgées, au repérage précoce. Davantage d'accompagnement et de soutien pour les personnes qui en ont besoin, augmenterait les possibilités de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées, notamment à travers la consommation contrôlée et la réduction des risques.

1. Introduction

Ce document présente la revue de littérature effectuée par le GREA dans le cadre d'un avant-projet visant à poser les bases d'un projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Il a pour objectif d'offrir aux cantons romands un cadre d'orientation en matière de prévention concernant la consommation d'alcool des personnes âgées. Cette thématique a été retenue comme prioritaire par les cantons romands. Les campagnes de prévention ont longtemps attaché peu d'importance aux personnes âgées. D'une part, les effets de l'alcool spécifiques aux personnes âgées étaient méconnus et d'autre part, les représentations sociales concernant les personnes âgées et la problématique des addictions ont constitué longtemps un tabou. La dépendance à l'alcool du sujet âgé est vite reléguée aux questions imaginées comme étant exceptionnelles ou anecdotiques (1)

La consommation d'alcool chez les personnes âgées est de manière générale une problématique sous-estimée. Elle est souvent évoquée lorsque des problèmes d'ordres somatiques ou psychiatriques apparaissent. Pourtant les études montrent que les problèmes d'alcool chez les séniors existent, et qu'il s'agit bien d'une problématique de santé publique qui augmentera avec le temps en raison de la question démographique du vieillissement (2). Cette revue met en exergue la nécessité de s'y intéresser afin de proposer des outils de compréhension permettant de mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation, non seulement auprès des personnes concernées mais également auprès des professionnels.

Face au retrait progressif de la Confédération dans le soutien et le pilotage des campagnes de prévention alcool, les cantons romands souhaitent rassembler leurs forces autour de cette priorité. Ainsi cette revue propose quelques bases scientifiques issues de la littérature afin de faciliter la construction d'un cadre conceptuel commun en tenant compte de la nouvelle stratégie Maladies Non-Transmissibles (MNT) et la Stratégie addiction, adoptées par le Conseil fédéral.

Structure du rapport

En premier lieu quelques éléments de définitions permettant de cerner le public cible qui nous intéresse et les représentations qui gravitent autour de ce dernier sont proposées. Dans un deuxième temps nous présentons le contexte démographique, ainsi que quelques données épidémiologiques. Ensuite nous explorons les différents effets et risques liés à la consommation problématique d'alcool afin de préciser les problèmes qu'elle peut provoquer auprès des séniors. Puis les facteurs de risques susceptibles d'engendrer une situation de vulnérabilité chez les aînés sont également présentés ainsi que quelques moyens de repérage existant. Nous nous attachons alors à proposer quelques défis à relever en lien avec les facteurs de risques. Enfin le dernier chapitre propose des pistes d'intervention pour cette thématique en adéquation avec les spécificités identifiées et présentées.

Méthodologie :

Une première recherche bibliographique a été effectuée dans PubMed afin d'identifier les enjeux scientifiques et les différentes spécificités sur la thématique d'intérêt. Nous avons utilisé les mots clés (MeSH) « *aged* » et « *alcohol related disorders* », et un filtre de 5 ans a été appliqué. Au vu du grand nombre d'articles obtenus, nous avons utilisé un deuxième filtre pour sélectionner seulement les revues systématiques obtenant un total de 129 résultats. Un premier tri a été effectué sur la base du titre, puis un deuxième à partir des résumés, pour enfin retenir deux revues. Ceci a permis d'établir les bases scientifiques de l'étude.

Pour compléter la perspective médicale de PubMed, le site Cairn.info a été utilisé en utilisant les mots clés suivants : *la qualité de vie, le deuil, l'isolement, la solitude et les représentations sociales*. Nous avons également consulté les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les deux thématiques principales à savoir, le vieillissement et l'alcool. En ce qui concerne les données épidémiologiques, le Monitoring Suisse des Addictions a été employé comme source principale.

Nous avons utilisé entre autres des ressources telles que le magazine Médecine et Hygiène à l'aide des mots-clés : alcool, personnes âgées, aînés ou seniors ou en reprenant les mêmes aspects spécifiques susmentionnés. Ceci a également conduit à des recherches bibliographiques en cascade par lien de référence d'auteur. Nous avons également consulté des sources professionnelles spécialisés dans le vieillissement et les addictions (ex : www.alterundsucht.ch).

Enfin, Il nous semblait important d'inclure les personnes concernées par la thématique au sein de cette recherche. Nous nous sommes donc intéressés aux structures faitières spécialisées telles que ProSenectute, Curaviva, Avivo, et autres. En effet, leurs sites d'information disposent de ressources bibliographiques importantes quant aux thématiques concernant notre public cible. Au final, 41 articles ont été utilisés pour cette revue de la littérature.

Nous avons établi les critères d'inclusion suivants :

- Aspects spécifiques reliés au vieillissement
- Articles traitant des personnes âgées dès 60 ans
- Articles portant sur les conséquences physiques et psychiques de la consommation d'alcool chez les aînés
- Articles portant sur les conséquences sociales et économiques
- Eléments relevés dans les Focus Group (explications ci-dessous)
- Eléments répondant aux recommandations des partenaires et personnes ressources

Nous avons décidé d'exclure les articles qui remplissaient les critères suivants :

- Articles avec des cohortes adultes (<65 ans) ou jeunes
- Articles portant sur des maladies exclusivement d'un seul système de l'organisme ou d'une seule maladie.
- Articles traitant de substances illégales

Les Focus Group cantonaux :

La CPPS et le GREA se sont associés pour récolter les besoins et attentes des professionnels concernés par la thématique de la consommation d'alcool chez les seniors.

Les membres du Groupe de Travail Romand⁶ ont rassemblé dans leurs cantons respectifs les professionnels issus des domaines des addictions et du milieu spécialisé dans le soutien aux personnes âgées, pour créer des Focus Group.

Composition des Focus Group :

- Les services cantonaux de santé publique et de promotion de la santé et des services sociaux
- Des professionnels du domaine médical (médecins et hôpitaux cantonaux)
- Des représentants de Pro Senectute, Fondations pour l'aide et les soins à domicile et Fédération des Retraités
- Des professionnels des addictions

Les séances ont été animées par la CPPS et le GREA sur la base d'un questionnaire semi-dirigé qui a servi de canevas à la discussion (cf. annexe). Un rapport de synthèse permettra de faire ressortir les principaux résultats de l'ensemble du processus. Le Projet PIA sera nourri par le rapport de synthèse des Focus Group et des recommandations issues de la présente revue.

Comme la présente revue de la littérature a été élaborée en parallèle à cette démarche de consultation intercantonale, les éléments issus des Focus Group déjà réalisés (GE, JU, NE, VS) ont permis d'orienter les recherches, afin de répondre aux préoccupations des acteurs.

Cette étude ne se veut pas exhaustive, il s'agissait d'une première étape exploratoire. Certains éléments identifiés pourront être approfondis dans un deuxième temps.

2. Alcool et seniors : définitions et représentations

Nous savons qu'en réalité les plus gros consommateurs d'alcool ne se trouvent pas chez les jeunes, mais plutôt chez les adultes et les aînés. Les acteurs de la prévention doivent donc se donner les moyens de déplacer le focus et d'élargir leurs actions. Il est particulièrement important de s'adresser également aux personnes âgées qui présentent des spécificités dont il faut pouvoir tenir compte.

2.1. Vers une définition du public-cible

Un constat s'impose d'emblée : la diversité importante des états de santé et des niveaux fonctionnels des personnes âgées. Le caractère très hétérogène de cette population est fortement mis en avant par la littérature, qui ne propose pas de définition stricte de la personne âgée. Vieillir est un processus complexe qui peut varier sensiblement d'un individu à l'autre. Il s'agit d'un processus multifactoriel qui résulte de plusieurs interactions à travers le temps et l'espace en lien avec des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles (3).

⁶ Le Groupe de travail romand existe depuis 2016. Il est composé de représentants des six cantons romands, associant à la fois des acteurs issus des administrations cantonales et des ONG du domaine des addictions mandatées par les cantons.

En effet, au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, le réaménagement d'un logement plus adapté, le décès des amis ou du partenaire, un questionnement identitaire ou encore l'institutionnalisation. Il faut donc inclure des approches qui non seulement réduisent les pertes associées à celui-ci, mais aussi qui le valorisent, qui renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial (4).

Définitions de la personne âgée, quelques repères :

- Pour l'OMS une personne est « âgée » à partir de 60 ans. Cette définition est strictement légale et ne tient pas compte du vieillissement différentiel (biologique). Elle ne fait aucune distinction entre personne valide et personne en perte d'autonomie.
- La définition sociale de la personne âgée fait référence à l'âge de cessation de l'activité professionnelle qui peut varier entre 55 et 65 ans en tenant compte des retraites anticipées (3).
- En Suisse l'âge légal de départ à la retraite est de 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes, âge qui correspond donc à une définition sociopolitique de la vieillesse.

Différents termes sont couramment utilisés pour nommer cette population : « personne âgée », « senior », « troisième âge » ou encore « personne âgée dépendante ». Le mot « senior », provient du milieu du *marketing* pour segmenter et dynamiser la partie la plus jeune et la plus solvable du groupe. La notion de « Personnes âgées dépendantes » renvoie à un jugement médical en lien plus spécifiquement avec la santé fonctionnelle de la personne. Enfin la nomination du quatrième âge (>80 ans), survient en raison de l'allongement de l'espérance de vie, constituant un dernier sous-groupe parmi le groupe des personnes âgées (5). Face à ces diverses appellations, quelques repères semblent nécessaires, ainsi un consensus existe autour de trois groupes d'âges, qui sont les suivants :

Groupes d'âge, références admises :

- Les 60-64 ans : l'âge de la pré-retraite
- Les 65-79 ans : les personnes du 3^{ème} âge
- Les 80 ans et + : 4^{ème} âge/ personnes très âgées

Le 3^{ème} âge commence avec le départ à la retraite. Il s'agit d'une phase synonyme d'activité, de santé et d'engagement pour les autres. Le 4^{ème} âge commence lorsque l'altération des capacités physiques ou cognitives liées à l'âge contraint à des restrictions et des adaptations radicales dans la vie quotidienne. Il se manifeste par une diminution accrue des ressources physiques et mentales, des risques accrus de besoins de soins et de troubles de démence, ainsi que par la nécessité de vivre dans un environnement sans barrières architecturales (6,7).

Malgré ces repères, selon certains auteurs, notre difficulté à nommer les personnes âgées révélerait un certain malaise. Ainsi comme l'évoque, François-Gonnet : « *L'incapacité à les nommer le montre bien (Vieux ? Personnes âgées ? Seniors ? Aînés ?), les personnes qui vieillissent mettent mal à l'aise, dans ce siècle qui voudrait presque nous faire croire à notre immortalité par la survalorisation d'un corps perpétuellement efficace et beau* » (1). Nous

vivons en effet dans une société qui n'apprécie que peu la vieillesse et dans laquelle de nombreuses représentations et stéréotypes plutôt négatifs sont véhiculés à son égard.

2.2. Représentations sociales et rôles sociaux des aînés

Selon Catherine Bergeret-Amselek, il y a dans notre société, une forte discrimination vis à vis des aînés, une maltraitance insidieuse qui aboutit à la déshumanisation des personnes âgées. En effet, nous exigeons d'elles de ne plus conduire, de ne plus manger de sucreries, de ne plus avoir de désir. Petit à petit, nous leur demandons de ne pas trop peser, de ne pas trop coûter, de ne pas trop exister. Selon le sociologue Michel Billé : « *Un vieux à sa place, est un vieux au lit, couché, en attendant la mort* » (8).

Selon le sens commun, la consommation diminue avec le vieillissement (9). Cette croyance erronée influence notre rapport à la problématique de l'alcool chez les personnes âgées en favorisant une certaine banalisation des problèmes liés à l'alcool, souvent renforcée par des arguments qui permettent à l'entourage et aux professionnels de se conforter dans le choix de ne pas intervenir : « *On ne va pas le priver maintenant, il/elle est veuf(ve), il ne lui reste plus rien, il l'a bien mérité après une vie de sacrifices* » (3).

Notre manière d'appréhender et de percevoir la vieillesse d'une manière générale, va également influencer notre attitude et le développement des réponses que nous aurons à proposer face aux personnes âgées et à leurs besoins. Dès lors il est important de comprendre les deux tendances qui sont identifiées par l'OMS :

- Percevoir la personne âgée comme étant vulnérable et en retrait, car le déclin des capacités fonctionnelles est inévitable.
- Considérer que la personne âgée peut tout à fait contribuer socialement de manière active. A l'heure actuelle, cette deuxième vision tend à être la norme et non l'exception.

Ces deux tendances coexistent. En termes de santé publique, il semble essentiel de prendre en considération une vision d'inclusion et de participation afin d'avoir un impact concret au niveau de la santé chez les aînés (10). Malheureusement la première tendance est relativement prégnante dans les représentations et dans une société principalement orientée vers la compétitivité et la productivité, qui fait l'éloge de la jeunesse et dans laquelle les personnes âgées sont parfois mises à l'écart et fortement stigmatisées.

Il existe d'ailleurs une notion qui définit ce type de stigmatisation : *l'âgisme* est une forme de discrimination très répandue. Elle peut prendre plusieurs formes mais se base toujours sur différents stéréotypes. Selon l'OMS *l'âgisme* pourrait constituer une forme de discrimination plus universelle que le sexisme ou le racisme. Les stéréotypes négatifs véhiculés, notamment sur l'inutilité supposée des personnes âgées sont présents non seulement au sein de la population générale mais également dans les secteurs sanitaires. Ils engendrent des effets néfastes sur les personnes âgées d'un point de vue personnel. En effet, il y a une incidence directe sur les compétences sociales à travers l'atteinte de l'estime de soi et du sentiment d'utilité au sein de la société (10).

Pourtant comme évoqué plus haut, une majorité des personnes âgées remplissent un rôle important dans notre société. En effet, comme le mentionne l’OMS, les aînés travaillent à titre onéreux ou gracieux, s’occupent de leur famille et de leurs amis et s’investissent dans l’action de diverses organisations ou associations. Ils transmettent leur expérience aux générations précédentes et, ce faisant, les aident à renforcer leurs capacités. Bon nombre de seniors s’occupent régulièrement de leurs petits-enfants ou autres membres de leur famille et amis, ce qui, dans le premier cas, soulage leurs enfants (11)

En sommes sans ces personnes âgées perçues comme « improductives », les dits « actifs » seraient probablement bien moins productifs et c’est notre société dans son ensemble qui ressentirait des effets sur sa rentabilité, son efficacité, et sa compétitivité. Si une tendance existe actuellement dans notre société au rejet et à la discrimination des aînés, elle omet leur contribution au bon fonctionnement de la société.

3. Contexte démographique et épidémiologique

Notre société vieillit à grande vitesse. Le nombre de personnes âgées dans les sociétés occidentales augmente de manière continue. Avec l’arrivée de la génération des *baby-boomers*, le nombre de personnes âgées va probablement doubler d’ici les 20 prochaines années. De 500 millions en 2009, leur nombre dépassera la barre de 1.5 milliard en 2050, ce qui change radicalement la manière d’appréhender les priorités en termes de santé publique (12).

3.1. Contexte général, aspects démographiques européens

Le vieillissement de la population est bien plus rapide que dans le passé. Tous les pays doivent relever des défis majeurs pour préparer leurs systèmes sociaux et de santé à tirer le meilleur parti de cette mutation démographique. En soi, l’augmentation de l’espérance de vie constitue une excellente nouvelle. Cette évolution au sein de la société induit une importante transition démographique ayant débuté il y a plusieurs années. Sommes-nous prêts ? Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé, publié par l’OMS indique que dans les politiques de santé, une faible priorité est accordée au défi de la transition démographique. Un constat regrettable car le vieillissement de la population est inextricablement lié à de nombreux programmes mondiaux de santé publique. Si on ne tient pas compte de la santé et du bien-être des personnes âgées la plupart de ces programmes n’ont aucun sens (10).

3.2. Situation démographique Suisse

En 2008, l’espérance de vie à la naissance était de 79 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes. Actuellement, l’augmentation de l’espérance de vie s’explique en grande partie à travers une diminution de la mortalité des personnes âgées de plus de 65 ans (13). Le vieillissement démographique s’accélère, c’est un constat au niveau mondial, cela sera d’autant plus important durant les 20 prochaines années. En Suisse, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 18% de la population. En ce qui concerne

l'accélération du vieillissement démographique, la Suisse n'échappe pas au phénomène. En effet, les personnes nées durant la période du *baby-boom* (entre 1941 et 1970) sont plus nombreuses. De plus, non seulement les personnes concernées arrivent peu à peu à la retraite mais leur espérance de vie sera prolongée de 23 ans pour les hommes et de plus de 25 années pour les femmes. En 2015, le nombre de retraités était de 1.5 millions en Suisse, un chiffre qui augmentera inéluctablement. L'Office fédéral de la statistique (OFS) prévoit qu'entre 2021 et 2035 on dénombrera plus de 40'000 nouveaux retraités par an, ainsi, le pourcentage des personnes âgées augmentera de 18 à 26.5% au cours des trente prochaines années (14). Ces différents éléments permettent d'avoir une idée de l'ampleur de la problématique et de l'importance de s'intéresser à la prévention spécifique de manière transversale, tant dans le secteur sanitaire que social auprès de cette population.

Les personnes âgées dans les cantons romands

Pourcentage des personnes âgées (>65) dans les cantons romands (2015)								
Région	Suisse	FR	GE	JU	NE	TI	VS	VD
Total habitants	8'327'126	307'461	484'736	72'782	178'107	351'946	335'696	773'407
%	18.0	15.0	16.5	20.0	18.5	21.8	18.7	16.3

Environ 80'000 personnes de plus de 65 ans vivent depuis plus de trente jours dans des homes, ou des lieux spécialisés pour les personnes âgées. Selon l'Office Fédéral de la Statistique, 77% de ces pensionnaires ont un problème de santé qui dure plus de six mois, parmi lesquels 39% souffrent de démence et 26% de dépression. En ce qui concerne les problèmes cardiovasculaires ils seraient plus de 49%, l'hypertension 47%, les maladies rhumatismales 24% et le diabète 19%. Il s'agit des principaux problèmes de santé pour les personnes âgées vivant dans des lieux de vie (14).

3.3. Consommation d'alcool : habitudes, normes et repères

Comme nous le savons, l'alcool est un produit très ambivalent, intégré dans notre culture et il est associé aux événements qui marquent les étapes importantes de nos vies. Consommé modérément, il ne pose pas de problèmes majeurs, agrmente nos repas de familles, favorise les rencontres et les liens sociaux. Consommé de façon excessive ou inadéquate, l'alcool peut également causer des dommages importants comme, des maladies et conséquences sur la sphère sociale, des accidents, des comportements à risque et de la violence. Les données qui suivent illustrent de manière chiffrée quelques-uns des nombreux problèmes socio-sanitaires qui peuvent être liés à la consommation d'alcool.

Principaux faits au niveau mondial selon l'OMS

- L'usage nocif de l'alcool entraîne dans le monde 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9% des décès.
- L'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes.

- Il existe une relation de causalité entre l'usage nocif de l'alcool et toute une série de troubles mentaux et comportementaux, d'autres maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes.
- Dernièrement, des relations causales ont été établies entre la consommation nocive d'alcool et l'incidence de maladies infectieuses telles que la tuberculose ou l'évolution du VIH/sida.
- Outre ses conséquences sur la santé, l'usage nocif de l'alcool entraîne des pertes économiques et sociales importantes pour les individus comme pour la société dans son ensemble (15).

3.4. L'alcool en Suisse, données épidémiologiques

Environ 80% de la population consomme de l'alcool de manière modérée. Cependant, une personne sur cinq boit de manière abusive, engendrant ainsi des problèmes pour elle-même, mais également auprès de son entourage proche et de la société. Dès lors, nous sommes tous concernés. En effet, l'alcool n'est pas un produit de consommation ordinaire, mais bien une substance psychoactive susceptible de causer d'importants dégâts, tant au niveau de la santé, qu'au niveau social (16).

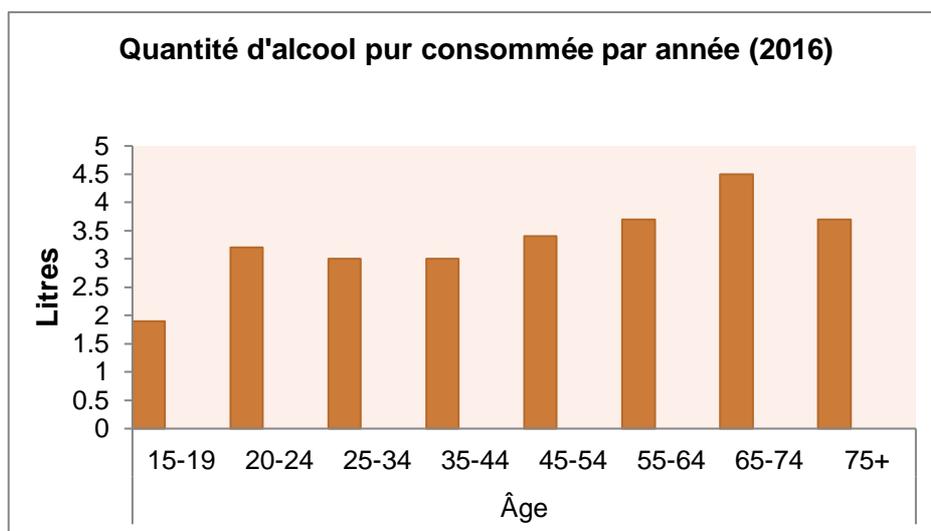
Quelques données sur les coûts de l'alcool en Suisse (17) :

- L'abus d'alcool entraîne des frais d'environ 4,2 milliards de francs par année.
- La majeure partie de cette somme est à la charge de l'économie sous forme de pertes de productivité ; les décès prématurés, les absences pour cause de maladie ou les mises à la retraite anticipée provoquent des coûts se montant à 2,2 milliards de francs. 1,2 milliard sont imputables à de courtes absences ou à une baisse du rendement.
- Actuellement, les coûts directs dans le domaine de la santé se montent à 613 millions de francs par an et sont dus au traitement des maladies liées à l'alcool.
- 251 millions supplémentaires sont dus à des dépenses dans le secteur pénal (police, justice et poursuites pénales)

Données épidémiologiques en Suisse selon le monitoring Suisse des addictions.

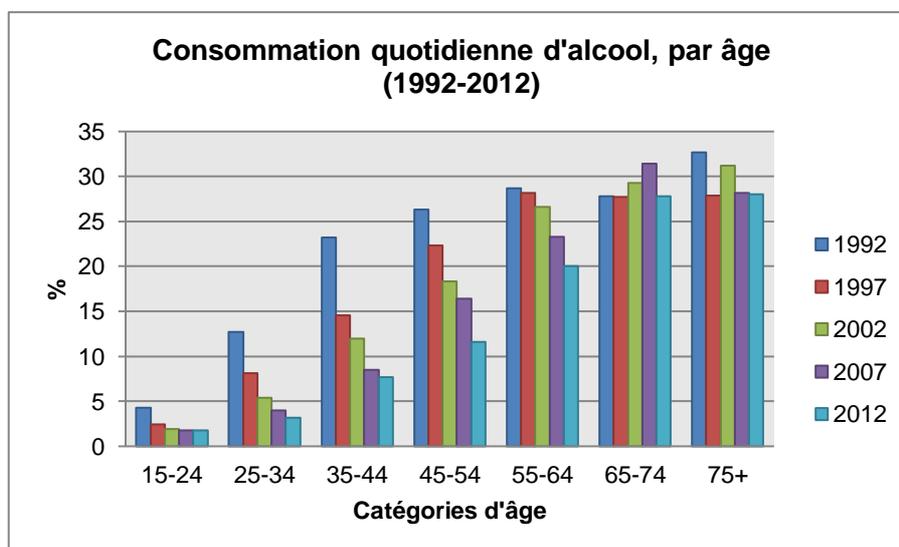
- Environ 9 hommes sur 10 et 8 femmes sur 10 boivent de l'alcool au moins occasionnellement
- Les hommes consomment de l'alcool plus souvent et en plus grandes quantité et ainsi de manière plus risquée que les femmes
- La fréquence de consommation augmente avec l'âge
- Environ 250'000 personnes présentent une dépendance à l'alcool et 21% de la population suisse âgée de 15 ans et plus présente une consommation d'alcool à risque.

Quantité d'alcool pur consommée par année (selon données de l'enquête CoRoIAR⁷, 2016)



Source : Monitoring suisse des addictions 2016

Ce graphique montre la consommation d'alcool par tranche d'âge. Les valeurs les plus élevées se trouvent chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans avec 4.5 litres d'alcool pur par an. Ces résultats découlent d'une consommation chronique à risque pour cette population en particulier⁸.



Source : ESS 2014

De manière générale, la consommation quotidienne d'alcool tend à diminuer dans les différentes tranches d'âge, à l'exception des 65 ans et plus, chez qui on observe une stabilisation de la consommation quotidienne depuis de nombreuses années. Entre 1992 et 2007, au sein de la population générale, la consommation quotidienne d'alcool par les hommes et les femmes a diminué. En revanche, elle est restée stable chez les hommes de

⁷ (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks)

⁸ Enquête sur la santé (ESS) 2016

plus de 65 ans, et elle a augmenté de manière significative chez les femmes de plus de 55 ans.

3.5. Notions de quantité et comportements en termes de consommation

Face à la diversité en matière de produits, une mesure standard a été appelée unité d'alcool. Celle-ci correspond à 10gr d'alcool pur. Un calcul simple permet de connaître la quantité d'alcool consommée (18):

Degré d'alcool * volume en L * 0.8 (densité de l'alcool) = unités d'OH consommées

Types de consommations problématiques

Consommation problématique	Consommation chronique à risque	<p>Concerne un type de consommation reliée aux conséquences potentielles associées et relevées dans les études :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque élevé : > 60g/jour pour les hommes, > 40g/jour pour les femmes. • Risque moyen : entre 40 à 60g/jour pour les hommes et 20 à 40g/jour pour les femmes • Risque faible : < 40g/jour pour les hommes, < 20g/jour pour les femmes
	Consommation ponctuelle/épisode à risque	Lorsque la consommation atteint 50g ou plus pour les hommes et 40g pour les femmes en une occasion (19).
	Consommation inadaptée à la situation	Ce mode regroupe les consommations même en petite quantité lors de situations du quotidien, conduire, grossesse, au travail, lors de prise simultanée de médicaments.
La dépendance à l'alcool		Se définit à travers une perte de contrôle de la consommation d'alcool qui est objectivée. Elle se caractérise par une rupture du fonctionnement habituel (social, quotidien, personnel) du sujet (2).

Ces quantités correspondent à des repères généraux, concernant les personnes âgées, Roschelle et Heuberger (20) soulignent qu'en raison de l'hétérogénéité que présente cette population, il ne peut y avoir qu'une seule recommandation applicable, en raison de leurs états de santé et de leurs modes de vie qui varient de manière importante (20).

3.6. La consommation d'alcool chez les aînés en Suisse : état des lieux

La consommation d'alcool chez les personnes âgées représente un sujet qui a été jusqu'à présent relativement peu investi en comparaison avec la consommation auprès des jeunes. Il est pourtant clairement démontré que la population des aînés est mise à mal lorsqu'elle ne dispose pas d'information adéquate au sujet d'une éventuelle consommation problématique d'alcool. La personne âgée voit les effets directs et indirects sur plusieurs aspects. Ces difficultés concernent principalement la santé, les liens sociaux, les aspects socioéconomique et l'entourage (21).

A l'heure actuelle, en termes de santé publique, les consommations excessives chez les aînés représentent une grande préoccupation (19). Lorsqu'on compare les types de consommation, entre les jeunes et les personnes âgées, les études montrent qu'avec l'âge, la consommation d'alcool devient plus fréquente mais avec des moindres quantités. Si les jeunes boivent essentiellement durant la fin de la semaine autre chose que du vin, les personnes âgées boivent du vin au quotidien (22).

Selon l'Enquête Suisse de la Santé 2007, la population des 65 ans et plus, sont les plus grands consommateurs d'alcool (23). Plusieurs facteurs sont identifiés concernant cette problématique. D'une part, à l'époque à laquelle sont nés les personnes concernées, l'information sur la toxicité et les effets de l'alcool était faible et d'autre part, les gens consommaient davantage. En effet, la population âgée a vieilli avec une certaine tolérance de la consommation d'alcool et des substances illicites. Le rapport de cette génération aux substances diffère fondamentalement des générations suivantes, notamment en raison du contexte social qui était bien différent de celui dans lequel nous vivons actuellement (23) Selon Giannakopoulos (12) 5% des hommes et 1.5% des femmes de cette génération ont un diagnostic d'abus d'alcool. Comme évoqué plus haut, cette population augmente, il semble donc important de bien comprendre l'ampleur de la problématique pour limiter les risques tout en permettant à cette population de prendre du plaisir (24). Leur consommation dérange peu, mais coûte beaucoup, tant sur le plan économique en raison des coûts sanitaires que sur le plan social.

Selon le Monitoring suisse des addictions, en Suisse, la consommation chronique à risques élevés touche 2% de la classe d'âge des 65-74 ans, tandis que 5% au sein de la même classe d'âge est concernée par une consommation chronique à risques moyens. Dans la même tranche d'âge, 6.6% parmi cette consommation chronique présentent également une consommation excessive de manière ponctuelle. Il est important de souligner que lors d'une entrée en institution, 20% des résidents souffrent d'un problème en lien avec la consommation d'alcool.

Prévalence selon le type de consommation

Consommation chronique à risque (>40 g/jour d'alcool pur pour les hommes et >20 g/jour d'alcool pur pour les femmes) ⁹	Depuis quelques années. La consommation chronique augmente dans l'ensemble de la population. On constate que chez les personnes âgées entre 65 et 74, l'augmentation est de 7.1% (2016) (25)
Proportion de répondants avec une consommation d'alcool problématique ou une probable dépendance à l'alcool selon le CAGE ¹⁰ (2015)	10% des personnes âgées entre 45 et 64 ans présente une consommation problématique. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans le taux est de 7.5%. L'enquête met en évidence une probable dépendance à l'alcool chez 4% des personnes âgées entre 55 et 64 ans et auprès de 5% chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans.

⁹ Selon la base de : 1 verre standard = 1 unité = 10g d'alcool pur

¹⁰ « Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener » : test rapide en quatre questions pour savoir si la personne présente une consommation problématique

La consommation d'alcool peut aussi répondre à un besoin d'automédication. Chez les personnes âgées, ce type de consommation concernerait d'avantage les femmes qui cherchent les effets anxiolytiques. Sur 1000 sujets, une étude finlandaise qui s'intéressait aux différents modes de consommation dans différents lieux de vie accueillant des personnes âgées, 50% consommaient de l'alcool, dont 40% à des fins d'automédication. Les facteurs évoqués incitant à ce mode de consommation étaient reliés à des troubles vasculaires (38%), des troubles du sommeil (26%) et différents troubles mentaux (23%). Il faut noter cependant que les femmes parlent bien plus facilement d'automédication que les hommes (3). Il est donc possible d'imaginer que ce mode de consommation soit sous-estimé de manière générale.

Pour l'homme âgé de 65 ans et plus, la consommation de 9 unités hebdomadaire ou plus de 4 unités par occasion est considéré comme une consommation à risque (23). Concernant la consommation journalière, pour les hommes âgés de plus de 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser deux boissons standard et pour les femmes pas plus d'une. Ces recommandations devraient être accompagnées de deux jours ou plus sans consommation à fixer dans la semaine. Enfin, la littérature souligne deux types de consommation spécifiques à la personne âgée, elles sont présentées dans le tableau ci-dessous. (2,22,24,26). Il faut noter cependant que ces seuils sont bien en dessous de la pratique pour nombre de personnes et qu'une discussion plus approfondie mériterait d'être menée pour fixer des seuils adaptés à la santé et au contexte dans lesquels peuvent se trouver les seniors.

Deux formes de consommations spécifiques à la personne âgée

Consommation début précoce	à	Concerne les personnes qui ont débuté leur consommation d'alcool bien avant les 65 ans et qui n'ont pas diminué ou peu, leur consommation, il s'agit des 2/3 des personnes âgées.
Consommation début tardif	à	Elle est d'ordre réactionnelle face aux événements de la vie qui surviennent à cette étape de la vie. Le 1/3 restant.

Les événements de vie négatifs peuvent aggraver la consommation (27). La consommation à début tardif est d'ordre réactionnelle face aux événements de la vie qui surviennent à cette étape de la vie. On identifie la retraite, les séparations, l'isolement social et affectif, les perspectives de la fin de vie, les conflits intergénérationnels et souvent la dépression. Ce type de consommation est souvent perçu comme un moyen permettant de diminuer les souffrances ou de lutter contre les difficultés vécues (9, 26, 27). Les femmes âgées sont davantage concernées par ce second mode de consommation.

4. Effets et risques identifiés

Nous avons vu plus haut que la consommation d'alcool a tendance à augmenter avec l'âge. Ce constat est particulièrement problématique lorsqu'on le met en lien avec un autre constat important, à savoir, le fait qu'avec l'avancée en âge, le corps supporte de moins en moins bien l'alcool pour des raisons physiologiques. Plusieurs auteurs affirment qu'il est nécessaire d'investiguer davantage les effets d'une consommation problématique chez les aînés. En revanche, un consensus ressort quant à la difficulté de diagnostiquer des problèmes en lien avec la consommation d'alcool. Au vu de leur hétérogénéité, une grande

disparité selon les sujets est constatée en termes d'effets sur la santé. De nombreux facteurs sont à estimer, notamment, l'âge, l'état nutritionnel, les comorbidités et les traitements médicamenteux (3,20,28–30).

Nous verrons dans ce chapitre que les personnes âgées étant plus vulnérables à l'alcool prennent parfois des risques pour leur santé tant d'un point de vue physique, psychique que social. Ces risques peuvent être renforcés par une consommation d'alcool en situation dite « inadéquate » comme par exemple lors de la prise de médicament. L'interaction entre alcool et médicament étant un des problèmes particulièrement mis en avant par la littérature concernant le public-cible qui nous intéresse ici.

4.1. Les risques de la consommation d'alcool pour la santé physique

D'un point de vue physiologique, le vieillissement conduit à une baisse de la tolérance de l'alcool en raison d'une diminution du volume hydrique. Ce qui implique d'importants effets délétères pour la santé. Les complications au niveau de la santé reliées à la consommation d'alcool chez la personne âgée sont nombreuses, tant sur le plan physique que psychologique. Pour une quantité identique d'alcool ingérée, le sujet âgé présente une alcoolémie plus élevée que le sujet jeune. En conséquence, les personnes âgées sont plus exposées à des risques d'intoxication alcoolique importants, ainsi qu'à d'autres effets indésirables (26).

4.1.1. Les capacités fonctionnelles

La consommation d'alcool problématique, représente un facteur de risque important pour le quotidien de la personne, tant pour les activités les plus courantes que pour les activités qui requièrent plus de finesse et qui impliquent donc davantage l'aspect cognitif. La consommation d'alcool peut en effet altérer les capacités fonctionnelles, comprenant les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Au-delà de 14 unités standard par semaine une altération au niveau des AIVQ peut être observée, tant chez les hommes, que chez les femmes, et à niveau moindre dans les AVQ. En ce qui concerne une consommation ponctuelle, définie par une consommation de plus de trois unités par occasion pour les femmes et quatre pour les hommes, elle aurait plus d'incidence sur les AIVQ que sur les AVQ (28).

4.1.2. L'atteinte cérébrale

Le vieillissement et la consommation d'alcool peuvent conduire à l'installation ou à l'aggravation de problèmes cognitifs. De plus, selon Onen (26) l'alcool accélère le vieillissement physiologique du cerveau. En ce qui concerne une consommation chronique, un mode de consommation qui concerne particulièrement les personnes âgées, les pertes neuronales sont plus importantes que chez le sujet jeune. En cas de sevrage la récupération est plus modeste chez le sujet âgé également. La consommation d'alcool de manière abusive peut induire des problèmes très graves telles que l'encéphalopathie de Wernicke et le syndrome de Korsakoff qui peuvent être méconnus et confondus avec une évolution démentielle irréversible. Ces éléments permettent de constater une augmentation de la vulnérabilité concernant l'alcool chez les personnes âgées. Toutefois, des modifications dans les modes de consommation peuvent améliorer les performances cognitives (3,26).

4.1.3. Chutes et fractures

Le vieillissement, induit des modifications physiologiques, sensorielles et cognitives en affectant le système nerveux central qui régule la posture et l'équilibre. La consommation d'alcool peut accentuer ces effets et par conséquent augmenter considérablement le risque de chutes. Selon l'OMS, les chutes sont la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. Les personnes qui font le plus de chutes mortelles sont des personnes de plus de 65 ans. L'âge étant en soi un des facteurs de risque des chutes, la consommation d'alcool figure aussi dans les facteurs augmentant le risque de chute. Avec le vieillissement, la diminution des apports protéiques, et à moindre degré d'autres carences en micronutriments, participent également à la déminéralisation osseuse. En raison de l'incidence croissante de l'ostéoporose avec l'âge, les risques de fractures ostéoporotiques sont plus fréquents. Dès lors, les chutes aboutissent plus souvent à des fractures chez les sujets âgés que chez les jeunes (31).

4.1.4. Les affections cardio-vasculaires

Consommé à faible dose, il semblerait qu'il existe des aspects protecteurs du vin rouge contre les maladies cardiovasculaires chez l'adulte et chez le sujet âgé, mais il s'agit d'un aspect très controversé scientifiquement. En effet, l'atteinte du myocarde et l'hypertension systolique sont les affections cardio-vasculaires les plus fréquentes dues à une consommation d'alcool problématique (2,26).

4.1.5. Les affections métaboliques et nutritionnelles

L'éthanol est principalement métabolisé dans le foie (90 à 95%). Il en résulte un risque augmenté de développer des pancréatites, des cirrhoses hépatiques avec risques de cancérisation. L'alcool diminue la glycémie et augmente les effets de l'insuline. Une hypoglycémie accentuée peut s'avérer fatale chez les sujets âgés. En ce qui concerne les carences d'apport, les malabsorptions, les troubles métaboliques induisant des déficits vitaminiques peuvent induire des troubles neuropsychiatriques graves.

4.1.6. Les intoxications alcooliques

Les cas d'intoxication augmentent avec l'âge. En effet, la part des hospitalisations pour intoxication alcoolique en ce qui concerne le groupe d'âge 65 à 74 ans a été en 2014 celui qui été le plus touché. Cette augmentation s'explique en raison du taux élevé de personnes qui présentent une alcoolodépendance de manière simultanée dans cette tranche d'âge (32–34). Les répercussions sont très importantes, tant sur l'aspect physique, que psychique, sans oublier les effets sur la sphère sociale.

4.1.7. Décès

Les personnes âgées voient leur espérance de vie réduite lorsqu'une consommation d'alcool problématique est objectivée. Gmel et al (35), répertorient un total de plus de 1000 décès entre 1997 et 2011 en raison de différentes maladies en lien avec la consommation d'alcool. En premier lieu, les cancers, ensuite les maladies du foie, les chutes, les noyades et les intoxications, suivis des troubles psychiques, des suicides et enfin les accidents de la circulation. En termes de différences liées au genre, il a été identifié dans la même étude

que pour les femmes, le cancer du sein, les maladies du foie et les maladies psychiatriques étaient davantage représentées tandis que pour les hommes, les maladies du foie et les cancers de la bouche et du pharynx ainsi que les suicides représentaient les principales affections en lien avec une consommation problématique d'alcool et reliées aux décès (35).

4.2. Les risques de la consommation d'alcool pour la santé psychique

La personne âgée est davantage confrontée à de multiples facteurs de stress psychosociaux, tels que la baisse des performances cognitives, la diminution des capacités sensorielles, la réduction des activités sociales, la modification de son statut et la réduction de son réseau social, qui favorisent l'apparition de troubles psychiques.

4.2.1. Troubles cognitifs et syndromes démentiels

Les relations entre l'alcool, les troubles cognitifs et les démences sont complexes. Selon certaines études la consommation modérée d'alcool associée à un mode de vie sain pourrait avoir un effet protecteur sur le développement futur d'une démence ou plus particulièrement d'une maladie d'Alzheimer, voir diminuer le taux de conversion entre trouble cognitif léger et démence avérée (1). S'il peut être neuroprotecteur dans certains cas et à certaines conditions, telles qu'une consommation réellement modérée et un mode de vie sain, l'alcool est avant tout un neurotoxique. L'abus d'alcool contribuerait de manière significative aux déficits cognitifs (36).

Une relation est établie entre intoxication éthylique et démence mais aussi déficits cognitifs non démentiels, l'intoxication éthylique a été identifiée comme un cofacteur de survenue de démence et pas seulement de démence alcoolique (1). En cas de consommation excessive, l'alcool peut induire des troubles cognitifs plus ou moins marqués ou aggraver des troubles d'autre origine, notamment dégénérative ou vasculaire, du fait de sa toxicité sur le cerveau, par les carences nutritionnelles et vitaminiques qu'elle induit (28).

4.2.2. Syndromes confusionnels

D'une manière générale l'alcool est susceptible d'altérer le rapport à l'espace, au temps et à soi-même. Chez le sujet âgé, la consommation d'alcool peut favoriser ou précipiter des syndromes confusionnels dans différentes circonstances : au cours d'une consommation aiguë (ivresse), au cours d'une consommation chronique excessive ou au cours d'un sevrage. Ce diagnostic est souvent non reconnu chez le sujet âgé, y compris lors d'une hospitalisation, et le tableau confusionnel est attribué à d'autres hypothèses étiologiques qu'à l'alcool. Or il existe une spécificité gériatrique qui est la survenue d'un délirium tremens plus tardivement que chez l'adulte, jusqu'à dix jours après l'arrêt de la consommation. Seule la reconnaissance du diagnostic permet de proposer une thérapeutique adaptée (28).

4.2.3. Anxiété, dépression et suicides

L'anxiété est souvent associée à la consommation d'alcool, mais la relation est complexe. En effet, une consommation problématique secondaire à un trouble anxieux est difficile à distinguer d'une anxiété compliquant la consommation d'alcool. Cette relation se complique lorsqu'il y a une prescription d'anxiolytiques, des produits largement consommés par les personnes âgées.

Une association importante existe entre la dépression et la dépendance à l'alcool. Elle est souvent secondaire à une consommation d'alcool problématique. En effet, la dépression est identifiée dans 38% des cas d'alcoolodépendance, parmi les plus de 65 ans (37). Association qui semble particulièrement marquée chez les personnes âgées qui présentent des taux élevés de dépression. Les données montrent que, parmi les personnes de plus de 65 ans, les alcoolodépendants auraient trois fois plus de risques de développer une dépression que ceux qui ne souffrent pas de dépendance à l'alcool (38). Certains signes peuvent amener à se questionner, l'asthénie, le désintérêt, le repli sur soi, la dysphorie avec tristesse, l'irritabilité et les troubles du sommeil. La difficulté réside dans le fait que ces signes sont tant caractéristiques d'une consommation problématique d'alcool que d'une dépression. Les femmes sont davantage touchées par la dépression que les hommes (2). Concernant les syndromes dépressifs majeurs, il est trois fois plus élevé chez les sujets âgés qui consomment de manière problématique que chez les autres.

Enfin, la question du suicide, c'est une thématique passablement étudiée qui relève d'une problématique de santé publique à part entière concernant les aînés. En effet, le taux de suicide est 16 fois plus élevé chez les sujets ayant une consommation problématique que ceux qui n'ont pas de problème d'alcool (26). Selon plusieurs études, le suicide devient plus fréquent avec l'avancée de l'âge et les tentatives deviennent plus efficaces qu'aux autres âges de la vie (39).

4.3. Risques par rapport à l'environnement social

4.3.1. Isolement social

L'isolement social est un des risques majeurs d'une consommation problématique chez les seniors. Cet aspect représente différentes conséquences en lien avec l'environnement de la personne. A commencer par les ruptures de liens avec la famille et le réseau social. Un cercle vicieux peut s'installer de manière insidieuse entre la personne et la substance, mais la finalité de l'isolement est une conséquence également reliée à la responsabilité collective et à l'attention portée à une telle problématique.

4.3.2. Perte de la qualité de vie

La qualité de vie durant cette phase de vie est tout à fait particulière. Les attentes, les moyens, les projets, les compétences et d'autres spécificités diffèrent par rapport aux autres phases de vie. La qualité de vie est associée à diverses dimensions comme, l'estime de soi, les compétences sociales et le sentiment d'appartenance, des aspects qui sont souvent touchés lorsqu'il y a une consommation d'alcool problématique. Il y a également dans la qualité de vie les aspects fonctionnels en lien avec la santé. Les limitations induites par le vieillissement peuvent être accrues par une consommation d'alcool problématique. Enfin, il y

a les facteurs subjectifs en lien avec la qualité de vie, qui concernent les besoins et les capacités propres à la personne. Toutefois, lorsqu'une consommation d'alcool problématique est présente, les capacités décisionnelles se trouvent atteintes en raison des troubles cognitifs qui peuvent survenir.

4.3.3. Rupture des liens sociaux et familiaux

Une forme de désocialisation s'installe souvent de manière insidieuse. Elle peut être aggravée par un sentiment de honte fréquent chez les femmes qui consomment de l'alcool. Les complications somatiques favorisent la perte d'autonomie physique et psychique et contribuent au risque de désocialisation et de rupture du maintien à domicile (28). D'autre part, la consommation d'alcool peut générer des conflits conjugaux et familiaux. Les risques de maltraitance physique, psychique ou financière sont augmentés en raison de l'épuisement de l'entourage. Une consommation excessive peut à l'inverse favoriser également des formes de maltraitance de la part de la personne concernée envers son entourage (9).

4.3.4. L'alcool dans les institutions : une question complexe

En Suisse, la prévalence des personnes âgées avec une problématique d'alcool se situe entre 20 et 25% au sein des institutions. Au sein des établissements gériatriques, la consommation d'alcool pose souvent problème aux équipes soignantes, surtout qu'elle est aussi plus importante que dans la population de personnes âgées non hospitalisées (3). Pour récapituler les problèmes identifiés en lien avec la consommation d'alcool, le tableau ci-dessous retrace les principaux risques physiques, psychique et sociaux.

Effets de la consommation d'alcool chez les personnes âgées

Conséquences/incidences physiques	<ul style="list-style-type: none"> Les chutes et les fractures Les capacités fonctionnelles Les affections cardio-vasculaires Les affections métaboliques et nutritionnelles L'atteinte cérébrale Les intoxications alcooliques Décès
Conséquences/incidences psychiques	<ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs et démentiels Syndromes confusionnels Anxiété Dépression Suicide
Social	<ul style="list-style-type: none"> Isolement social Perte de la qualité de vie Rupture des liens sociaux et familiaux Difficulté à gérer en institution

Passer en revue ces nombreux risques potentiellement augmentés par la consommation d'alcool nous a permis de constater la manière dont ces différentes dimensions physiques, psychiques et sociales sont intrinsèquement reliées entre elles, l'altération de l'une ayant bien souvent des répercussions sur les autres. Ces problèmes peuvent être augmentés par l'interaction entre alcool et médicament. Un problème majoritairement mis en avant par la littérature.

4.4. Alcool et médicaments

Les personnes âgées représentent la catégorie de la population qui consomme le plus de médicaments parmi la population générale. Les classes de médicaments les plus fréquemment consommés sont les antalgiques, les somnifères, les tranquillisants et les anxiolytiques (principalement des benzodiazépines) (40). Ces dernières, avec l'alcool représentent les substances les plus consommées par cette population. Les différents médicaments susmentionnés ont des effets attendus très différents. La consommation d'alcool de manière simultanée peut accentuer les effets ou les inhiber en fonction du médicament et ainsi créer des effets indésirables importants.

Les éléments évoqués au chapitre précédent, rejoignent les maladies et les comorbidités qui accompagnent souvent l'avancée de l'âge. Les personnes âgées sont confrontées à différentes formes de changements physiologiques qui évoluent souvent de manière chronique. De ce fait, les prescriptions de médicaments sont souvent multiples et constituent des cocktails médicamenteux susceptibles d'interagir avec une éventuelle consommation d'alcool et engendrer des effets indésirables. Les personnes âgées peuvent ingérer entre deux à sept médicaments par jour. L'association de la consommation d'alcool et des psychotropes augmente considérablement les risques de chute et favorise l'apparition d'un état confusionnel (40).

L'association entre médicaments et alcool constitue un chapitre important en termes de prévention. Les incompatibilités sont nombreuses et les effets peuvent être vraiment néfastes (24). En termes de prévention, l'implication des pharmaciens est essentielle car la distribution de médicaments devrait être accompagnée de manière systématique d'information au sujet de l'interaction entre les médicaments et l'alcool.

Une consommation ponctuelle d'alcool	Inhibition du métabolisme des médicaments → retarder l'élimination
Une consommation chronique d'alcool	Élimination de certains médicaments → Diminuer l'efficacité d'un traitement

4.4.1. Les benzodiazépines chez les aînés

Les benzodiazépines arrivent sur le marché dans les années 60 avec le valium. La prise quotidienne et à long terme, comporte un important risque de dépendance physique et psychique, avec une élévation du seuil de tolérance rapidement. Ceci plus rapidement lors de troubles du sommeil que dans un contexte anxieux. Il existe un grand degré de dépendance selon leur demi-vie. Outre, les problèmes de dépendance et de tolérance, ces médicaments induisent des troubles cognitifs et des sevrages constituant les principaux problèmes de cette classe de médicaments. En ce qui concerne les troubles cognitifs, ils sont observables à travers une diminution des capacités visio-spatiales, le ralentissement du traitement de l'information, l'apprentissage verbal et enfin dans les fonctions mnésiques. L'utilisation inappropriée, c'est à dire excessive et non indiquée de cette classe de médicament, ainsi que les effets indésirables sont considérés aujourd'hui comme étant un problème de santé publique. La question des prescriptions constitue un facteur important et essentiel en termes de prévention des effets indésirables liés aux benzodiazépines. A ce

propos, plusieurs études confirment que seulement dans un tiers des cas, la prescription est appropriée en milieu hospitalier (32–34).

Chez les aînés, la prise de conscience d'une dépendance se fait souvent tard, tant par la personne que par le médecin (32). Malgré le fait qu'elles soient indiquées pour un nombre restreint de troubles psychiatriques les benzodiazépines sont les médicaments psychotropes les plus couramment prescrits et consommés chez les aînés, en Suisse la prévalence atteint 50% dans cette population (34). La majorité des consommateurs sont des femmes, 67.9% contre 32.1% chez les hommes. Dans la tranche d'âge des 65-74 ans, 5.3% des personnes prennent des somnifères et 4.3% des tranquillisants. Souvent les prescriptions de ces médicaments sont de longue durée et le contrôle d'une consommation adéquate est difficile à réaliser, au contraire, c'est une des raisons pour lesquelles un abus de consommation se produit (32). Les principales conséquences en lien avec une utilisation inappropriée sont, la chute avec ou sans fracture, le délire, l'altération des capacités cognitives et les accidents de la route. Une autre conséquence redoutable concerne le potentiel et l'idéation suicidaire, un risque qui est déjà élevé chez cette population (41). Ceci pourrait être un défi à relever en termes de surveillance quant aux prescriptions de médicaments chez les aînés.

A présent les principaux risques encourus par des consommations d'alcool excessives ou inadéquates chez les aînés, ont été présentés. Pour être en mesure d'offrir des pistes vers la réduction de ces nombreux risques, nous devons pouvoir en comprendre les facteurs. Quels sont les facteurs qui augmentent les prises de risques ? Quels sont les facteurs de risques observés dans la littérature ? C'est la question à laquelle nous allons répondre dans le chapitre suivant.

5. Facteurs de risque et situation de vulnérabilité chez les aînés

Les principaux facteurs de risque sont les nombreuses transitions qui surviennent lors du processus de vieillissement. L'avancée de l'âge mène à vivre un certain nombre d'événements critiques, associés aux contraintes chroniques et aux difficultés du quotidien, cela constitue des contextes très complexes (42). Selon le rapport de Promotion Santé Suisse sur la santé psychique de 2016, les événements critiques de l'existence se caractérisent par :

- Le déclenchement des changements décisifs dans la vie de la personne
- Le fait qu'ils touchent des activités, des rôles sociaux et des relations sociales
- Le fait qu'ils peuvent survenir de manière imprévue
- Leur charge émotionnelle
- Le fait que des facultés d'adaptation doivent être déployées pour y faire face

Ces événements critiques, nous les surmontons plus ou moins bien selon les ressources disponibles. Ces ressources peuvent être intrinsèques ou extrinsèques. En ce qui concerne les personnes âgées, le passage à la retraite, la perte d'un conjoint ou d'un proche, le changement de logement ou une institutionnalisation ainsi que toute perte impliquant un deuil, sont des changements majeurs qui potentiellement peuvent conduire la personne à débiter ou à augmenter la consommation d'alcool (11).

Il semble que les personnes âgées aient un risque élevé de se trouver en situation de vulnérabilité, à savoir dans une situation où les ressources à disposition ne sont plus en nombre suffisant face aux facteurs de risques.

5.1. La situation de vulnérabilité chez les personnes âgées

Selon la littérature, les personnes âgées font partie des populations dites vulnérables. Selon Monod et Sautebin (43), « *les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées* ». Les facteurs de risque identifiés par des cliniciens du Centre Universitaire de Traitement et Réadaptation (CUTR) de Sylvana, sont : la dépendance fonctionnelle, la perte de l'autonomie, la précarité sociale et la limitation de l'accès aux soins (43).

Fig. 1 : Les facteurs qui influencent sur la qualité de vie chez les aînés



Source : Monod et Sautebin (2009)

5.1.1. La dépendance fonctionnelle

La dépendance fonctionnelle est définie par une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne (AVQ). En Suisse, 10% dans la population des plus de 65 ans ont besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne de base, à savoir se laver ou s'habiller par exemple, et 20% chez les personnes âgées entre 75 et 94 ans. Certaines pathologies ont une influence sur l'incidence de la dépendance fonctionnelle, comme les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les fractures de la hanche, l'arthrose et les troubles cognitifs. La dépendance fonctionnelle induit une dépendance à autrui (43).

5.1.2. La perte de l'autonomie

Il est important de distinguer l'autonomie de l'indépendance. L'autonomie est la capacité de faire des choix de manière personnelle et éclairée, sans influence d'une autorité externe. La perte de cette capacité est un facteur très important en termes de risque et de vécu. La perte de son autonomie rend non seulement la personne vulnérable, mais en la privant de son autodétermination et en lui imposant des choix, sa dignité est affectée. Cela survient lorsque la capacité de discernement est altérée. Bien qu'il n'existe pas de pathologie propre à la perte de la capacité de discernement, les troubles neuropsychiatriques, notamment la dépression et la démence, sont associées à un risque accru de perdre sa capacité de discernement. Mais la perte d'autonomie peut également résulter en l'absence de troubles cognitifs, cela peut être le cas à travers l'expérience vécue de la maladie ou d'autres expériences de vie. Il peut s'agir de la perte de contrôle de soi, la crainte de la mort, l'isolement profond, la perte des cadres de référence (hospitalisation, institutionnalisation), ce sont des facteurs qui peuvent porter atteinte à l'autonomie de la personne (43).

5.1.3. La précarité sociale

En Suisse la précarité sociale des personnes âgées est définie selon deux facteurs : l'isolement social et la pauvreté. L'isolement social, est un facteur important qui influence, la qualité de vie, la santé psychique et la santé mentale de manière négative. Chez les aînés, ce facteur est un phénomène particulièrement présent. Dans certains pays européens, plus de 40% des femmes âgées de 65 ans et plus, vivent seules à domicile (4). Chez les plus de 80 ans, il y a un taux élevé de personnes vivant seules. Dans cette tranche d'âge, 42% des hommes et 87% des femmes vivent seuls, le veuvage est la raison principale. En plus de cet isolement, le soutien intergénérationnel s'est progressivement effondré au cours des dernières décennies en raison du vieillissement et probablement des évolutions sociales en termes d'accompagnement, mais qui se voient également en difficulté de répondre de manière satisfaisante à toutes les demandes. En effet, en plus de l'isolement, les personnes âgées, se voient également confrontées à l'absence de descendants ou à des enfants qui ne peuvent subvenir à leurs besoins notamment en soins, souvent en raison des activités professionnelles et familiales. Dès lors, l'aide du voisinage est très importante, 24% des personnes de plus de 80 ans qui bénéficient de l'aide des centres médico-sociaux, reçoivent également de l'aide du voisinage, au moins une fois par semaine (43).

Au sujet de la pauvreté, définie par « l'impossibilité due à un manque de ressources, de mener une vie conforme aux attentes et aux valeurs de la société » est bien présente en Suisse et la population des personnes âgées est particulièrement touchée. En effet, 3 à 4% des plus des 65 ans sont considérés comme pauvres (revenu inférieur à 60% du revenu équivalent médian). Il s'agit de facteurs importants en termes de vulnérabilité au-delà de l'impact sur la santé, notamment lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque (43).

5.1.4. La limitation de l'accès aux soins

Selon Monod et Sautebin (43) la limitation d'accès aux soins, fait partie des facteurs de risques des personnes âgées. Les auteurs se basent sur une étude réalisée en 2005 qui a mis en évidence qu'il existait en Suisse un rationnement implicite des soins (notamment de réadaptation des maladies chroniques) (43). Il s'agit d'une problématique connue dans les systèmes de santé occidentaux concernés par un fonctionnement utilitariste dans une visée

de productivité vis à vis de la société. Par conséquent, il est admis qu'il est « normal » de donner la priorité en termes de soins aux jeunes qui ont des années productives, contrairement aux personnes âgées qui en plus haussent les coûts de la santé (44). D'autres conceptions se confrontent dans cette thématique de l'accès aux soins mais ne seront pas développées dans cette étude. Il nous paraissait important d'évoquer ce sujet qui s'avère être un facteur de vulnérabilité constaté en Suisse en ce qui concerne les personnes âgées.

5.2. Des risques qui diffèrent selon le genre

En termes de comportement, il semble que les femmes mènent une vie plus saine de manière générale en comparaison avec les hommes, mais cette différence disparaît à 70 ans. Contrairement aux jeunes femmes qui ont recours aux prestations médicales, les femmes de plus de 65 ans semblent sous-traitées en ce qui concerne les examens de dépistage (cholestérol, glycémie, contrôle de l'ouïe, parmi d'autres mesures de dépistage). Les hommes présentent davantage un comportement à risque (tabac, alcool et accidents). Ce dernier peut en partie être attribué à la société et la culture, qui arborent certaines exigences en termes d'idéal masculin (force, endurance, puissance). Celles-ci peuvent amener des difficultés d'adaptation et de problèmes de santé physique avec l'avancée de l'âge (13). Il s'agit de ne pas oublier qu'un certain nombre de femmes âgées, également sujettes à de multiples injonctions sociales, consomment le même type de substances notamment pour supporter la solitude. Leur consommation étant souvent moins tolérée socialement, elle est donc moins visible.

Dans le secteur économique et social, certains éléments méritent une attention particulière. Il a été identifié une corrélation entre le fait de vivre seul, d'avoir un bas niveau socio-économique et un bas niveau de formation avec une espérance de vie diminuée. L'isolement social et la précarité financière sont deux facteurs de risques de vulnérabilité, touchant particulièrement les femmes âgées à très âgées. Il est mis en évidence qu'entre 85 ans et 89 ans, 87% des femmes et seulement 42% des hommes vivent seuls, le plus souvent suite à un veuvage. A 80 ans, 25% des femmes ont un revenu inférieur à 2000 CHF/mois, contre 7% des hommes. La grande majorité de ces femmes n'ont jamais bénéficié du deuxième pilier, entré en vigueur en 1980 (13).

Un autre élément à mettre en évidence concerne l'institutionnalisation. Les hommes vivent plus fréquemment en ménage jusqu'à très tard et peuvent bénéficier de l'aide de leurs épouses lorsque leur santé se dégrade (un certain nombre d'hommes trouvent une nouvelle compagne). Les femmes âgées vivent plutôt seules, elles ne peuvent pas bénéficier d'aide en cas de besoin et lorsque des incapacités physiques surviennent, le maintien à domicile devient très difficile, l'entrée en institution devient un choix par défaut. Ainsi, 10.6% des femmes de plus de 65 ans vivaient en institution, contre seulement 5.3% des hommes. Ces différences sont davantage marquées avec le temps, chez les plus de 85 ans 36.9% des femmes, versus les 21.5% des hommes vivent en institution (13).

5.3. Le passage à la retraite

A la fin des années 1960, la retraite apparaissait comme une « mort sociale », dans les travaux sociologiques. Aujourd'hui, la donne a changé grâce aux changements opérés dans les représentations mais également en raison des conditions en termes de transition

qui sont de manière générale, beaucoup plus favorables (5). Toutefois, il reste difficile pour un certain nombre de personnes d'opérer cette transition de manière adéquate, il est important de saisir les enjeux de ce changement si particulier.

Le processus du vieillissement est long et passablement complexe. Durant ce processus, il y a le passage à la retraite qui représente un moment charnière en termes de changement. En effet, la fin de l'activité professionnelle a une signification variable selon les conditions socio-économiques, la personnalité et l'investissement relationnel de la personne. Ce dernier constitue souvent un moment de crise accompagné de difficultés d'organisation, de rôle, de statut social, des éléments qui sont inhérents au vieillissement. En effet, la question du rôle social et de l'identité de la personne se trouve atteinte de manière plus ou moins importante et par conséquent les difficultés sont liées de manière inextricable aux ressources de la personne pour surmonter des difficultés. Les questions le plus souvent évoquées sont associées à une d'ambivalence mêlant le plaisir de retrouver une certaine liberté qui s'oppose aux craintes de l'organisation du temps qu'il faut combler et qui devient une source importante d'angoisse et de confusion. Il est certain que le bouleversement est important en termes d'organisation. De plus, avec l'arrêt du travail, c'est également une source de valorisation importante qui disparaît, le sentiment d'utilité qui n'est plus, la perte de repères, le repli social devient une option par défaut. Au sujet de l'entourage, ce dernier ne donne pas de réponse satisfaisante, il a été susmentionné à quel point, il est difficile de compter sur l'entourage en termes d'accompagnement. Les représentations de l'entourage en termes de besoins de leurs aînés sont souvent abstraites, renforçant ainsi le sentiment d'abandon, d'inutilité et de solitude.

Ce d'autant plus que parfois, les choix de reconstruction identitaire sont perçus de manière incongrue par l'entourage. La personne doit en effet faire avec moins de contraintes extérieures, de sorte à mieux ajuster ses besoins et envies. Mais ce recentrage sur soi, qui s'avère à ce moment indispensable à cette étape de la vie, n'est pas toujours bien intégré et compris au sein de l'entourage. Au contraire, les efforts pour mieux s'adapter peuvent devenir source de tension et par conséquent induire une perte de confiance chez l'individu qui tente de se reconstruire (45).

Les réaménagements au sein du couple

Il apparaît que le moment de la retraite arrive rarement en même temps chez les deux partenaires, ce qui perturbe l'équilibre du couple. En effet, les attentes de l'un peuvent ne plus correspondre à celles de l'autre. Les rythmes sont altérés, les distances habituelles par conséquent chamboulées en raison des espaces temps qui se voient modifiés. Un rapprochement induit, peut créer au sein du couple des sentiments ou des angoisses d'intrusion dans l'espace psychique de l'autre. Il est essentiel de redéfinir les fonctions et les rôles, ainsi que les moments de séparation permettant au couple de mieux se retrouver (45).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, quel que soit le degré d'atteinte, il est important d'informer avant ce passage quant à la question de la consommation à risque, d'autant plus que le passage à la retraite semble constituer une porte d'entrée pour aborder la thématique de la consommation d'alcool. Il a été susmentionné auparavant que dans deux tiers des cas les consommations problématiques sont déjà installées et tendent à augmenter (consommation précoce), tandis qu'un tiers débiterait lors du passage à la retraite (consommation tardive).

L'intervention précoce auprès des personnes concernées par ce deuxième mode de consommation est d'autant plus importante que selon plusieurs études, les interventions de prévention et de sensibilisation semblent avoir un effet davantage positif dans cette population en comparaison avec les personnes concernées davantage par une consommation précoce (3,28).

5.4. Le deuil

Le deuil fait partie intégrante de notre quotidien, mais les personnes âgées ont une sensibilité accrue aux pertes qui surviennent au cours de cette phase de la vie. D'ailleurs, elles sont très sensibles aux représentations qui changent. En effet, les générations précédentes disposaient d'avantage d'une représentation de la mort plus ritualisée, socialement accompagnée et qui s'inscrivait dans le collectif. Aujourd'hui, le deuil est souvent devenu une affaire privée. Le vécu du deuil est très personnel, rentrent en compte les représentations personnelles et sociales de la mort, de la séparation, des deuils vécus antérieurement et du contexte socio-économique dans lequel la personne vit. Ces pertes, peuvent avoir un fort impact sur différentes sphères, à commencer par la santé psychologique et physique de la personne, en passant par les comportements à risque. La personne peut être confrontée à un vrai chamboulement, le sentiment de vide et l'installation de la douleur conduisent à la réévaluation des désirs, des intérêts, des projets et de ses propres valeurs. D'autre part, les deuils habituels peuvent être source d'enrichissement personnel du fait de la confrontation avec sa propre mort qui induisent un recentrage personnel sur ses valeurs fondamentales (46).

5.5. Les troubles du sommeil

L'insomnie est un problème récurrent chez les aînés, alors que la prévalence varie entre 15 à 30% dans la population générale, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, elle est de près de 50%. Par ailleurs, près de la moitié des personnes souffrant de démence, présentent des troubles du sommeil, ce qui contribue également à un placement en institution. Il est admis que l'âge n'est pas une cause de l'insomnie mais représente un facteur favorisant, lorsque des problèmes de santé sont associés à l'avancée en âge. C'est le cas notamment des affections chroniques, comme la dépression et les douleurs. La consommation d'alcool problématique représente également un des facteurs de risque. Un autre problème adjacent à l'insomnie concerne la prescription et la consommation des hypnotiques et notamment la classe des benzodiazépines, déjà évoquées précédemment, cette classe de médicaments requiert une attention particulière. Elles sont souvent utilisées comme automédication et sont associées à l'alcool. En effet, on retrouve les effets directs sur la mobilité et le risque de chute accru, ainsi que les troubles cognitifs (47).

5.6. L'isolement, la solitude et le sentiment d'inutilité

Un cercle vicieux peut s'instaurer entre l'isolement et la solitude. En effet, l'isolement peut mener à la solitude et la solitude à l'isolement. Une situation qui concerne une partie de la population âgée. La solitude est définie par un sentiment de manque, de privation ou de tristesse. La solitude est une perception subjective, ressentie de manière interne et

personnelle, induit par l'écart entre les relations souhaitées et la réalité. En ce qui concerne l'isolement, il s'agit d'une donnée objective.

Les conséquences de la solitude sont multiples : perte d'autonomie, désordre alimentaire, stress et anxiété sont accentués, dépression, troubles du sommeil, idéation suicidaire, augmentation d'une consommation d'alcool préexistante ou catalyseur d'une nouvelle consommation d'alcool. Mais quelles sont les causes principales de la solitude ? Le décès d'un conjoint, l'éloignement des enfants, changement du lieu de vie, réseau d'amis qui diminue (décès), la peur de devenir un fardeau, la peur de sortir et de tomber, les difficultés liées à la communication et enfin, les maladies et comorbidités. En revanche, l'état de santé, d'éventuels handicaps et des conditions socio-économiques ne sont pas nécessairement liés à la solitude.

Concernant l'isolement social, la question du rôle est importante à intégrer car elle est au centre de la question de la consommation. En effet, toute personne âgée cherche à maintenir son rôle et la perte de celui-ci, inhérente au vieillissement, entraîne souvent un état de frustration, voire de dépression. Une des racines de la solitude est le sentiment d'inutilité, de vide, le sentiment de ne plus compter pour personne et donc de ne pas être aimé. Il s'agit d'un sentiment trop répandu parmi la population âgée. Un sentiment qui est d'autant plus accru dans une société de rendement et de productivité. La conséquence majeure réside dans la manière dont la solitude influence l'humeur de la personne, jusqu'à la dépression et lorsque celle-ci n'est pas surmontée, il arrive que les personnes aient recours au suicide (48).

Pour lutter face à ces difficultés, la personne peut se tourner vers une substance trouvant à travers le produit un moyen pour combler le vide social ou trouver un moyen d'évasion face à la souffrance vécue souvent au quotidien. Il s'agit d'une alternative afin de répondre à des besoins fondamentaux, une consommation permettrait de diminuer les tensions et donner l'impression de contrôle (49).

5.7. Un phénomène sous-évalué

La consommation d'alcool chez les aînés est peu visible, d'une part parce que souvent sous-estimée par les personnes directement concernées mais aussi parce que l'entourage nourrit certaines croyances qui ne le pousse pas forcément à réagir. L'invisibilité des problèmes diminue les possibilités d'intervenir suffisamment en amont. Cette consommation passe souvent inaperçue, non seulement aux yeux de la population mais également auprès des professionnels de santé. A ce sujet, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées. D'une part, la consommation d'alcool est moins spectaculaire que chez les jeunes, les répercussions économiques sont moins importantes, et d'autre part, la souffrance d'une personne âgée isolée est moins visible. La honte ressentie face à une automédication à l'alcool peut aussi être avancée, notamment chez les femmes. Le manque d'études scientifiques constitue un autre élément important illustrant le besoin de s'intéresser à ce sujet qui s'avère passablement complexe.

La prévalence de la consommation problématique au sein de cette population est de manière générale sous-estimée probablement à cause de la confusion sur ce qui peut être attribué à l'âge ou aux effets de l'alcool. Ce d'autant plus que ces derniers imitent certains symptômes d'autres maladies et troubles tels que l'anxiété ou encore la démence. En effet, il

est particulièrement difficile de repérer une problématique liée à l'alcool en présence de troubles cognitifs qui pourraient tout à fait être imputés à une consommation abusive d'alcool, il est de même pour les comportements suicidaires et les dépressions (3). Mais d'un point de vue plus pragmatique, certains auteurs mettent en évidence un manque de sensibilisation auprès des différents professionnels de la santé qui se voient confrontés en plus du manque d'outils de repérage, à une problématique complexe entre maladies somatiques, diagnostics psychiatriques, difficultés socio-économiques et problèmes sociaux et familiaux (26). De ce fait, la banalisation et la tolérance s'installent dans les différentes sphères proches de la personne pouvant potentiellement repérer de manière précoce une problématique reliée à la consommation d'alcool à risque.

5.8. Des croyances qui limitent le repérage

La question des croyances et des représentations est présente de manière transversale au sein du réseau des personnes âgées. Le déni, un facteur de compréhension essentiel est souvent accompagné de croyances autour du produit consommé. Des pensées permissives en lien avec la banalisation et le déni apparaissent parfois chez la personne concernée : « *Vu mon âge, je ne risque rien, j'ai toujours bu, pourquoi j'arrêterai maintenant ? Je n'ai plus rien à perdre, de toute façon j'en ai plus pour longtemps* ». Face aux difficultés rencontrées au cours du vieillissement, la consommation d'alcool représente un moyen d'obtenir des effets positifs, par exemple, « *l'alcool me permet d'oublier, l'alcool me détend, l'alcool, me rend gai, l'alcool réchauffe* ». Ou encore face aux douleurs chroniques ou à la dure réalité du quotidien : « *L'alcool me permet de me sentir mieux, l'alcool soulage la douleur physique et morale* ». A travers cette consommation, la personne tente de soulager une souffrance liée à la solitude, au mal être, à la baisse de l'estime de soi, à la douleur, à l'inactivité ou encore à la dépression. C'est un aspect complexe, qui dès lors paraît essentiel de bien comprendre afin de créer les conditions cadres qui permettent à la personne d'opter pour une consommation modérée et de réduire ses risques. La qualité de l'information transmise a aussi son importance, selon les besoins de chaque personne. En l'absence d'une information adéquate, il est important de renseigner sur la consommation excessive ou chronique, car celle-ci peut effectivement avoir des conséquences sur la santé. « *Il s'agit d'une façon de conjurer l'attente, la bouteille étant parfois un tiers étayant le vide relationnel et la pauvreté existentielle* » (9). La consommation excessive, peut conduire à une addiction qui n'est pas seulement la cause de l'absence d'élaboration des difficultés, il en est aussi la conséquence, dans une logique de circularité qui cloisonne, jusqu'à l'enfermement psychique qui peut précéder un passage à l'acte auto agressif dans les cas les moins visibles (9).

D'autre part, on peut également identifier des croyances autour du lien entre la dépression et l'avancée de l'âge, « *c'est normal d'être déprimé à mon âge* » ou encore qu'il est impossible de changer après un certain âge « *je suis trop vieux pour changer* ». Enfin, les croyances autour de la consommation, « *j'ai toujours bu deux, trois verres par repas, ce n'est pas maintenant que je vais arrêter, il faut bien mourir de quelque chose* ».

Il est également important de prendre en considération les croyances de l'entourage. En effet, celles-ci renforcent souvent celles de leurs parents présentant une consommation à risque, octroyant de manière implicite une forme d'autorisation banalisant les risques. Par exemple, « *On ne va pas le priver maintenant, il/elle est veuf(ve), il ne lui reste plus rien, il l'a*

bien mérité après une vie de sacrifices » (3). Au sein des familles, on peut imaginer différents comportements quant aux parents, ceux qui sont protecteurs, ceux qui banalisent et d'autres qui interdisent, dès lors la communication est un facteur primordial pour que la personne concernée ne soit pas la victime des conflits.

Force est de constater que la question des croyances représente un facteur essentiel lorsqu'il s'agit de réfléchir sur des projets de prévention et de promotion de la santé. La mobilisation des croyances et des représentations est un travail important et nécessaire afin d'avoir un impact substantiel au niveau de la population concernée. Enfin, contrairement aux croyances véhiculées quant aux changements chez les personnes âgées, il est tout à fait possible d'espérer voir un changement au niveau du comportement en lien avec la consommation d'alcool chez les personnes âgées (9).

Limites identifiées pour le repérage selon Onen (26)

Les limites identifiées pour le repérage des problématiques d'alcool chez les aînés.	<ul style="list-style-type: none">• Le déni• Des croyances erronées• Le scepticisme vis-à-vis du changement possible• Les limites des manuels diagnostics (DSM/CIM)• La banalisation de la consommation dont peut faire preuve la famille• Les signes d'abus d'alcool sont souvent confondus avec ceux d'autres maladies ou troubles (médecin de famille)
--	--

Les éléments répertoriés dans le tableau ci-dessus permettent d'affirmer qu'il y a une nécessité de travailler sur le *repérage précoce* auprès de cette population notamment à effectuer par les professionnels se trouvant dans les lieux de soins primaires. Nous reviendrons par la suite sur ce constat en donnant quelques pistes favorisant le repérage des difficultés en amont.

5.9. Les outils de dépistage existants

Il existe des outils spécifiques de dépistage pour cette population. C'est le cas du *Michigan alcoholism screening test (MAST-G)* sous sa forme gériatrique (50–52). Les différents outils de dépistage existants servent en plus de l'évaluation du risque, à ouvrir le dialogue à travers la restitution des résultats. Ceci implique toutefois de maîtriser un mode relationnel adéquat, avec l'empathie, une absence de jugement, une clarté des objectifs et la capacité de renforcer les compétences en matière de santé. En effet, le repérage est également l'occasion d'évaluer et de consolider les facultés de faire des choix en accord avec l'état de santé de la personne, dans le cas présent lors d'une consommation problématique. Le repérage remplit donc une fonction de prise de conscience du trouble, d'identification des compétences en matière de santé et d'une probable orientation vers un traitement selon le souhait de la personne.

6. Les défis à relever

Face aux facteurs de risque mis en lumière précédemment, une série de défis spécifiques à la situation des personnes âgées apparaissent comme étant importants à considérer.

6.1. Vieillir en santé

En vieillissant c'est la question de l'autonomie qui est souvent évoquée. En effet, l'autonomie permettrait de déterminer si la personne peut satisfaire ses propres besoins. Vieillir implique de nombreuses pertes, fonctionnelles, relationnelles, estime de soi, valorisation aux yeux de la société, sans oublier les facteurs sociaux et environnementaux, la retraite, l'isolement, l'institutionnalisation et les rôles sociaux (10). Il serait intéressant de considérer le concept de vieillir en bonne santé à travers une perspective holistique fondée sur le parcours de vie et les perspectives fonctionnelles.

Selon l'OMS, « *Le vieillissement en bonne santé est un processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être* ». Que signifie aptitudes fonctionnelles ? Elles permettent aux individus de faire et d'être ce qu'ils jugent valorisant. Il peut s'agir de capacités intrinsèques, de caractéristiques en lien avec l'environnement au sens large du terme et des interactions entre les individus. Enfin, le bien-être est considéré dans le sens le plus large incluant les sentiments tels que le bonheur, le sentiment de sécurité, la satisfaction de ses propres choix et le sens de la plénitude (10). Selon un rapport de l'OMS sur le vieillissement (4), les personnes âgées identifient des éléments qui seraient importants à leur développement :

- Un rôle, une identité
- Des relations
- L'opportunité de s'amuser
- L'autonomie (être indépendant et prendre ses propres décisions)
- Le sentiment de sécurité
- Le potentiel nécessaire au développement personnel

Les personnes âgées se perçoivent et sont perçues dans un processus de détérioration inéluctable. Ainsi, de telles perceptions octroient une forme de légitimité aux démissions, tant sur un plan thérapeutique que social (49). Vieillir en bonne santé avec l'augmentation de l'espérance de vie est une tendance identifiée de manière générale. Cet objectif semble particulièrement intéressant car il est tout à fait atteignable par un grand nombre de personnes (21). Les éléments identifiés permettant d'affirmer cela sont les avancées médicales, les améliorations de l'hygiène de vie, les conditions de travail, de l'habitat et de l'environnement. Il s'agit de mesures collectives en faveur de la santé de la population. Toutefois la question reste complexe d'un point de vue social s'il est attendu d'atteindre une partie spécifique de la population. A cette complexité s'ajoute les statuts sociaux. En effet, on peut remarquer des comportements différents en termes d'accès à la prévention selon les différents statuts sociaux.

Les personnes âgées constituent une population particulière en termes de besoins, par conséquent l'approche pour les questions liées à la prévention et la promotion de la santé doit répondre de manière ciblée aux besoins réels du public d'intérêt. En effet, l'espérance de vie se prolonge, mais un grand nombre de personnes arrivant à l'âge de la retraite voient leur état de santé altéré avant même la prise officielle de la retraite (10). Ce constat, permet d'insister sur la nécessité et le sens d'une intervention précoce auprès de cette population.

L'âge d'inclusion des individus pour des actions ou des interventions auprès de cette population est généralement fixé à 55 ans. Ce seuil est fixé lorsqu'il s'agit de faire des campagnes de prévention, de promotion de la santé et d'intervention précoce. De plus, en raison d'une consommation à risque des substances psychoactives un vieillissement prématuré est observé dans cette population (53). Il y a deux façons d'appréhender la santé à l'âge avancé. D'une part, la question du déclin et des pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner le vieillissement qu'il est nécessaire de prévenir. D'autre part, l'intérêt porté sur les ressources et les potentiels intrinsèques, cette deuxième approche est davantage axée sur la valorisation du vieillissement (21). A travers cette démarche, l'idée est également d'offrir la possibilité aux personnes âgées d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie et leur santé en s'appuyant sur leurs ressources. Ce point rejoint la question de l'information à transmettre de manière ciblée afin d'offrir un choix libre et éclairé sur la question du comportement face aux consommations.

6.2. Améliorer et maintenir une qualité de vie

Selon l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) (54) « *La qualité de vie des personnes âgées se trouve principalement déterminée par leur situation de vie, leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient. La santé et la maladie interviennent secondairement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. La prise en charge médicale influence indirectement la qualité de vie dans la mesure où elle contribue à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle* ». La qualité de vie chez les personnes âgées est déterminée à travers de multiples facteurs. La littérature, propose deux catégories pour définir ce concept très complexe. D'une part, une catégorie comprenant les facteurs objectifs. Ces derniers concernent l'état de santé, le niveau de vie, les capacités fonctionnelles, les liens sociaux et les activités de loisirs, ce sont des facteurs quantifiables et objectivables existants dans la vie d'une personne. D'autre part, les facteurs subjectifs qui concernent, des éléments de vie plus axés sur l'appréciation de la qualité de vie et les souhaits de la personne. Il peut s'agir de la satisfaction de la santé, du sens de la vie, des aspirations désirées ou autres éléments moins tangibles mais tout aussi importants pour la personne et son développement personnel et social. Le constat semble clair quant à la sous-estimation des aspects subjectifs concernant les personnes âgées. En effet, un état objectif de santé n'est pas nécessairement significatif de ce que la personne conçoit et ressent comme son état de santé (54).

En ce qui concerne l'histoire de vie de la personne, c'est également un critère important à intégrer lorsqu'il s'agit d'avoir un impact sur la qualité de vie. D'autre part ces recueils peuvent aussi faciliter la compréhension des situations, dès lors il devient plus aisé d'adapter une approche de prévention axée sur les besoins de la personne. Ils déterminent également l'appréciation subjective de la qualité de vie, chez une personne. Un autre élément important à intégrer en lien avec les facteurs objectifs, est le statut social. Selon, l'OBSAN, les

personnes âgées d'un niveau social supérieur évoquent une meilleure qualité de vie objective et subjective. En comparaison avec d'autres pays européens, en Suisse, la qualité de vie est plus faiblement associée aux différences socio-économiques. Mais, quel que soit le niveau de vie objectif, une perception négative peut influencer de manière à diminuer la qualité de vie (54).

Enfin, la prévention auprès des personnes âgées signifie également qu'il est important de prendre en considération l'aspect institutionnel. En effet, en 2008, 6.5% des personnes de 65 ans et plus vivaient en Etablissement Médico-Social (EMS) pour une longue durée. Cette proportion augmentera au cours du temps. Il est dès lors nécessaire de se poser la question si les dimensions diffèrent concernant les spécificités de la qualité de vie lorsque la personne vit en institution (54).

Dimensions et facteurs déterminants la qualité de vie chez la personne âgée



Source : Inspiré de CURAVIVA www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Qualite-de-vie/Conception-de-la-qualite-de-vie/PhLdF/

6.3. Le concept de « déprise » ou le lâcher prise progressif

En lien avec la question du deuil et des pertes, il paraît intéressant d'aborder la question du désengagement à travers une approche phénoménologique et sociale du vieillissement. Le vieillissement s'accompagne d'un éloignement réciproque entre les personnes âgées et le système social dans lequel elles s'inscrivent. La déprise est définie comme le processus de réaménagement de l'existence qui se produit avec l'avancée de l'âge lorsque la personne est confrontée à des difficultés accrues. Ce processus est davantage lié aux activités et aux relations qui se voient modifiées en fonction des capacités, des désirs et des possibilités selon le contexte individuel. Il s'agit d'un processus actif à travers lequel les personnes qui vieillissent mettent en œuvre des stratégies d'adaptation de manière à conserver, aussi longtemps que possible des activités, des engagements, des relations importants pour elles. Ainsi, il est question de poursuivre les activités antérieures

mais à plus petite échelle, en adéquation avec le potentiel de la personne, à un moment et dans un contexte donné. Il est par conséquent important de souligner le caractère singulier du phénomène de la déprise. Ce dernier se décline selon l'état de santé et le contexte dans lequel vit la personne, elle répond plus simplement à de nouvelles contraintes (55).

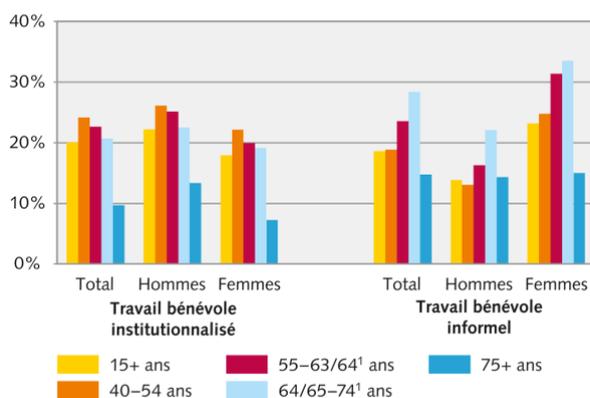
En termes de prévention, la déprise peut également trouver sens dans une approche de consommation adaptée à la santé et au contexte de la personne. En effet, le concept s'inscrit dans un mouvement de reconversion sur un fond de réduction progressive des activités. Pour ce faire, il est important d'évaluer dans quelle mesure il peut se décliner en fonction des contextes physiologiques et sociaux, qui, concernant les personnes âgées, sont très divers. La déprise se produit sous l'effet de certains déclencheurs. Il peut par exemple s'agir des problèmes de santé et des déficiences physiques, le manque d'envie ou le sentiment de ne plus pouvoir suivre, en troisième lieu on peut évoquer le manque d'opportunité de se réengager ou de s'inscrire dans quelque chose de valorisant. La disparition d'un conjoint par exemple peut induire l'abandon de toute activité, jadis réalisées avec le partenaire. La personne peut tenter de trouver de nouvelles activités. Enfin, le quatrième facteur déclencheur qui est observé, concerne les interactions avec les proches qui sont parfois décisives pour l'arrêt d'activités comme par exemple la conduite, car l'entourage craint un accident. Ainsi, les personnes âgées peuvent voir l'arrêt progressif de leurs activités et c'est à ce moment que la déprise joue un rôle intéressant en termes de moyen de régulation dans les activités à conserver et à adapter en fonction des capacités et des souhaits de la personne. La déprise est loin d'être un concept uniforme (5,55).

Les deux figures ci-dessous permettent d'une part de mettre en évidence l'importance de deux facteurs clés qui influencent la qualité de vie chez les personnes âgées et d'autre part d'illustrer le concept de déprise à travers un exemple concret, comme le travail bénévole en termes d'activité. Selon une enquête sur la santé de la population active menée en 2013 par l'Office fédéral de la statistique et publiée en 2016, le travail bénévole et le soutien de la part de la famille sont essentiels dans le maintien d'une bonne qualité de vie (56).

Le travail bénévole et le soutien familial

Travail bénévole, en 2013

Part en % de chaque groupe de population



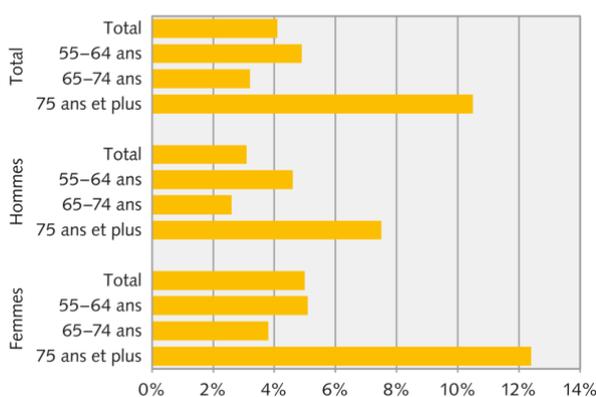
¹ Le premier chiffre se réfère toujours aux femmes, le second aux hommes.

Source: OFS – ESPA

© OFS 2016

Soutien de la part de la famille et des proches, en 2012

En % du groupe d'âges correspondant, selon le sexe



Source: OFS – ESS

© OFS 2016

6.4. Préserver une autonomie fonctionnelle

Certes, le vieillissement est accompagné de pertes, mais des bénéfices et des gains peuvent être aussi au rendez-vous. En considérant une telle perspective, le défi est de préserver une autonomie fonctionnelle, de bien conserver son identité, de se sentir en sécurité, de maintenir un sentiment d'appartenance et d'utilité au sein de son milieu de vie. La finalité de cette vision étant de préserver et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées (53). Le vieillissement amène des pertes progressives, d'énergies, de capacités, de rôles et de relations qui accroissent le besoin de dépendance et par conséquent requiert le recours à des ressources extérieures pour satisfaire ses besoins (49).

6.5. Tenir compte de la diversité des personnes âgées

Considérer la diversité des personnes âgées représente un des défis majeurs à relever au vu de leurs spécificités tant au niveau de la santé qu'au niveau des capacités fonctionnelles et de leur environnement socio-économique. L'avancée de l'âge n'est pas synonyme de pertes fonctionnelles ou de diminution de la santé. Parmi les personnes âgées, beaucoup conservent leurs capacités et un état de santé satisfaisant. Ce qui est problématique, c'est l'association de différents facteurs de risque. Il est important de briser de nombreux obstacles qui limitent leur participation sociale et leur contribution continue. Il est donc préférable de considérer cette diversité des besoins des personnes âgées comme un continuum fonctionnel. Cette approche est une manière d'inciter l'entourage dans son ensemble y compris la personne à œuvrer vers le sens de poursuivre des buts et l'épanouissement de l'individu. Toutefois, il est important également d'intégrer les divergences et de respecter la notion d'autonomie en termes de choix (4).

6.6. Faire avec l'impact de l'iniquité

Par iniquité, il est question des différences qui renforcent la diversité à partir de facteurs qui sont tout à fait indépendants et sur lesquels la personne n'a aucune emprise. Il s'agit essentiellement des aspects liés à l'environnement et à l'aspect social dans lesquels les individus évoluent. La relation que nous avons avec notre environnement, est influencée par différents éléments, les aspects personnels y compris la famille, le sexe et l'appartenance ethnique (4). C'est pourquoi il est particulièrement important de parler de la concordance entre la personne et son environnement. Il s'agit d'évaluer l'interaction entre la personne et son environnement afin d'évaluer les besoins de chaque personne dans le but d'entretenir les capacités intrinsèques et leurs aptitudes fonctionnelles (10).

Que faut-il prendre en considération ?

- L'individu et son parcours personnel
- Facteurs socio-économiques
- Ses capacités et besoins
- La qualité de l'interaction entre la personne et son environnement
- Les différents changements qui surviennent (temps, espace)

6.7. Dépasser les représentations

Les représentations sont un des obstacles majeurs à l'élaboration de politiques de santé adéquates concernant cette population. En effet, la revue de la littérature a permis de constater que les représentations construites par la société, souvent erronées, représentent un axe majeur de difficultés en termes d'action. De plus, elles se retrouvent souvent ancrées dans l'entourage de la personne, à commencer par la personne elle-même. Des informations sont également manquantes, comme par exemple à propos des risques d'une consommation d'alcool et de médicaments simultanément. Mais ces représentations sont également présentes dans les capacités propres aux personnes âgées, à savoir ce qu'elles peuvent apporter à la société à bien des égards. A la place, elles sont considérées comme étant pénibles, dépendantes, fragiles et inutiles au-delà d'un certain âge. Ce qui par conséquent limite la manière dont les problèmes sont conceptualisés. Une conception axée sur l'intégration et la participation offre des perspectives intéressantes non seulement pour l'individu mais également pour la société. Cette vision intégrative permettrait de mieux répondre à des besoins de prévention de manière ciblée et effective. En effet, il semble plus aisé d'ouvrir le dialogue sur la consommation d'alcool avec une personne âgée intégrée, par exemple dans un espace de rencontre, que si la personne se trouve isolée à domicile. Ce d'autant plus qu'une grande partie des personnes pouvant continuer une activité après la retraite souhaiteraient, au-delà de travailler, continuer à prendre part à la vie sociale (4).

En effet, la nouvelle génération de retraités, forte de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé et d'un meilleur niveau de formation, apporte des formes inédites de participation sociale. En Suisse, des réseaux comme celui de la « *Grossmütter Revolution* » créé en 2010 ou encore le réseau « *Innovage* », créé en 2007, propose les conseils bénévoles de 150 séniors à des projets d'intérêt public. Ils offrent leurs expériences et leurs connaissances pour soutenir des projets innovants dans des domaines tels que l'éducation, l'insertion sociale, mais aussi la promotion de l'ouverture à l'égard de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Ainsi le vieillissement de la population fait tourner le moteur de l'innovation sociale. Non seulement en faveur des séniors, mais aussi grâce à eux (57).

6.8. Tenir compte des changements sociétaux

Le vieillissement démographique induit des modifications dans la population qui s'accompagnent souvent de changements sociaux importants. Parmi ceux-ci durant ces 50 dernières années, il y a la question de l'exode rural. Mais la facilité de migrer plus facilement peut avoir comme conséquence que les membres plus âgés de la famille se retrouvent isolés sans structure familiale pouvant apporter un soutien. Ce qui signifie que les personnes âgées habitant en milieu rural ont également besoin d'être intégrées dans les projets de prévention. En lien avec les changements, il est important de rappeler les conditions en termes professionnelles concernant les femmes. Ces derniers ont permis aux femmes d'avoir de meilleures conditions avec l'avancée de l'âge. Aujourd'hui elles assurent de plus en plus de rôles leur assurant ainsi une sécurité à un âge avancé. Toutefois, les femmes âgées se trouvent plus souvent dans des situations de vulnérabilités que les hommes car elles se retrouvent davantage à vivre seules. Ainsi, la consommation d'alcool de cette partie de la population âgée requiert une attention particulière. En effet, leur consommation est d'autant moins visible et les conséquences en termes de santé plus importantes. Il serait intéressant d'explorer davantage les facteurs de risques spécifiques aux femmes.

6.9. Réduction des risques : un équilibre entre normes et réalité

En raison de la vulnérabilité particulière des personnes âgées aux effets de l'alcool et au contexte spécifique de leur situation, les recommandations proposées pour l'adulte doivent être révisées afin de les adapter à la population âgée. Aux Etats-Unis, ces quantités recommandées ont été adaptées pour les personnes de plus de 65 ans. Il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour (sept par semaine ou moins) et trois verres en une seule occasion (28). Mais ces recommandations se heurtent souvent à une réalité culturelle et sociale avec laquelle il est important de composer afin d'optimiser l'impact de la prévention ou de la réduction des risques. Cela permet de rappeler la complexité de la question des addictions dans une conception bio-psycho-sociale comme lieu de rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte socio-culturel (2). N'est-il pas nécessaire d'établir de normes plus précises pour les seniors ?

Comme évoqué dans cette étude, la consommation d'alcool tend à augmenter dès 65 ans. Dès lors nous avons vu qu'une consommation chronique s'installe, reflétant ainsi un écart entre la réalité et les normes établies. Face à cette complexité, la mise en place de mesures de réductions des risques, notamment à travers des programmes de consommation contrôlée peuvent s'avérer pertinent quant à l'aménagement de la consommation lorsque celle-ci est problématique ou inadéquate. En effet, réduire les interactions entre les consommations d'alcool et la prise de médicament, tout comme dans des situations inadaptées (avant de prendre le volant ou avant de prendre un escalier), permettrait de réduire les nombreux risques que nous avons présentés plus haut.

Il est probablement plus réaliste de mettre ce type de mesure en place plutôt que de chercher à imposer des normes qui s'avèreraient trop difficiles à atteindre. Vouloir imposer l'abstinence ou les seuils de consommation tels que ceux proposés par le domaine médical comporte le risque de renforcer le sentiment d'échec et le refus d'ouvrir le dialogue de la part des personnes concernées. Dès lors il apparaît plus pertinent de viser une consommation contrôlée à moindre risque plutôt que l'adéquation aux normes établies.

6.10. La surconsommation des médicaments

Comme il a été mentionné, le vieillissement est accompagné de changements physiologiques importants. Les fonctions métaboliques et homéostatiques se trouvent altérées et répondent plus difficilement aux besoins en termes d'élimination des substances. Or, les personnes âgées, sont des grandes consommatrices de médicaments. Les prescriptions de ces médicaments s'étalent bien souvent sur la longue durée et le contrôle s'avère difficile à réaliser, ce qui peut expliquer les abus de consommation (32). L'implication des pharmaciens est utile car la distribution de médicaments peut s'accompagner de manière systématique d'information au sujet de l'interaction entre les médicaments et l'alcool.

7. Pistes de réflexion et d'intervention

7.1. Liens avec la stratégie addiction et la stratégie de prévention des maladies non transmissibles

Afin de développer des pistes de réflexions pertinentes il semble important de les inscrire dans le cadre actuel proposé par la Confédération. Selon la *Stratégie nationale, prévention des maladies non transmissibles 2017-2024*, les maladies non transmissibles telles que le cancer, les problèmes cardio-vasculaires ou le diabète constituent les principales causes de mortalité en Suisse et en même temps elles représentent une partie importante des maladies évitables selon un mode de vie axé davantage sur une consommation modérée autour du plaisir, l'aspect social et de la réduction des risques. En effet, aucune étude ne préconise de bannir la consommation d'alcool chez les aînés. Un des postulats principaux de la stratégie concerne la capacité de chacun d'agir sur le monde qui l'entoure dans un cadre sociétal donné. Pour ce faire, la responsabilité individuelle et collective sont indispensables. Pour mener une action de santé publique auprès d'une population spécifique, il est nécessaire d'atteindre différentes sphères de la personne. Des approches qui non seulement réduisent les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial (4).

Il nous a paru intéressant d'établir des liens entre les éléments ressortis dans la revue de la littérature et la stratégie proposée. A ce sujet, il semble d'emblée pertinent de traiter la question de la responsabilité. En effet, comme susmentionné la consommation d'alcool chez les personnes âgées est inextricablement liée à la question sociétale. Si nous souhaitons responsabiliser nos aînés, il est primordial de modifier nos représentations vis à vis de ces derniers. Car, si en grande partie les seniors boivent de manière régulière des quantités importantes, c'est souvent en raison de motifs liés à un manque d'accompagnement, d'information et de soutien social.

Il apparaît qu'il est important de renforcer les compétences en matière de santé mais ce qui ressort de manière générale, c'est que la question de la consommation problématique est banalisée en premier lieu par la personne et ce jusqu'au médecin de famille en passant par la famille. Dès lors il semble important d'effectuer un travail de fond sur la question de la sensibilisation à faire par les médecins de famille qui se trouvent au cœur du problème. Mais le rôle de la famille et de l'entourage est également indispensable en termes d'accompagnement. Ensuite, il y a la question du cadre favorable avec le rôle de la société, mais il ressort qu'en termes de mesures structurelles en place (homes et autres lieux d'accueil), il y a un travail conséquent à poursuivre. A ce sujet, la question de la différenciation des risques est un aspect important. Il est essentiel de travailler à partir du vécu de la personne afin de déterminer le type de comportement permettant de mettre en place des actions ou de simplement accompagner ou informer.

7.2. L'importance du repérage précoce et ciblé

Les personnes âgées présentent plutôt une consommation chronique à risque avec parfois des épisodes de consommation excessives de manière ponctuelle et une consommation inadéquate à la situation. Il revient à chacun d'informer et d'être attentif à l'évolution du comportement en termes de consommation. Ce qui permet d'évoquer la question de l'évaluation du comportement entre, le comportement à faible risque, le comportement à risque et la dépendance. Comme mentionné par la littérature, il est tout à fait possible d'évaluer la situation à travers le lien construit avec la personne. En effet, l'intérêt accordé à la personne qui consomme de manière risquée, permet à cette dernière d'entendre les messages de prévention lorsque l'intérêt porté est authentique et bienveillant. Les changements de comportement sont possibles durant toute les phases de vie, les aînés en sont aussi capables malgré nos représentations. Cette évaluation s'inscrit également dans le fait de repérer de manière précoce comme le propose la stratégie et aussi la littérature. Selon cette dernière, la qualité de vie doit être placée au centre et c'est exactement ce qui ressort dans la littérature en ce qui concerne la consommation problématique d'alcool chez les aînés. Toutefois, le concept de qualité de vie est tout à fait spécifique chez les aînés, il est par conséquent essentiel de comprendre les différents aspects et les enjeux afin d'avoir un réel impact en termes de prévention (3,26,28).

Bien que la consommation d'alcool soit identifiée comme problématique, il arrive souvent que la personne concernée se montre réticente à une offre d'aide, notamment en raison des sentiments négatifs qui pourraient émerger, par exemple la honte et le sentiment d'échec (3). Afin d'optimiser le repérage précoce, il semble important d'observer les changements pouvant survenir dans le quotidien de la personne. Il s'agit par exemple du déclin des aptitudes fonctionnelles, d'une négligence corporelle, d'une réduction des activités sociales, d'un isolement social et familial, des accidents de voiture, d'une inquiétude de l'entourage ou encore d'une dépression avec déficit cognitif. D'un point de vue somatique, on repère un syndrome confusionnel impromptu après une hospitalisation, une anxiété croissante et des insomnies. Deux critères sont à ne pas négliger quant à la question du repérage : une consommation solitaire qui s'observe chez 70% des sujets âgés avec une dépendance à l'alcool et une consommation matinale d'alcool qui s'observe chez 90% des sujets âgés avec la même problématique. En ce qui concerne les personnes institutionnalisées, les troubles du comportement seraient le meilleur marqueur d'un problème lié à la consommation d'alcool chez le sujet âgé (2).

Les médecins de famille sont également à impliquer dans le repérage précoce, même si la tâche s'avère très difficile en raison de la complexité des situations entre les tableaux cliniques et les situations sociales complexes (27). Selon la littérature, il s'agit du professionnel le mieux placé pour repérer de manière précoce les consommations problématiques, en raison de la relation privilégiée qu'il construit avec ses patients. Toutefois, il s'avère difficile pour le médecin d'aborder la question. Trois difficultés sont principalement identifiées dans la littérature. Premièrement, le manque de temps, ensuite le manque d'information et de compétences spécifiques et enfin, la peur d'altérer la relation avec leur patient. Enfin, les outils de repérage sont insuffisamment connus par ces professionnels (50).

<i>D'un point de vue psychosocial</i>	<i>D'un point de vue biologique</i>
<ul style="list-style-type: none">• Chutes (à répétition)• Une négligence corporelle• Perte d'intérêt• Difficulté croissante pour assumer les AVQ• Réduction des activités sociales• Isolement social et familial• Accidents de voiture• Inquiétude de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Syndrome confusionnel impromptu• Perte d'appétit• Une anxiété croissante• Une insomnie• Déclin des aptitudes fonctionnelles• Signes de dépression avec déficit cognitif

7.3. Sensibilisation lors de la préparation à la retraite

La tranche d'âge des 55-65 ans, voire plus avec l'augmentation du travail après l'âge légal, a été identifiée comme un public à informer en raison de ce que représente la retraite en termes de réaménagement organisationnel. A ce sujet, les cours dédiés à la préparation de la retraite, représentent une opportunité d'action en termes de prévention quant à la consommation d'alcool problématique. Il s'agirait de renforcer la collaboration interdisciplinaire entre les spécialistes des addictions et le monde de l'emploi afin d'inclure de manière systématique la question de la consommation d'alcool dans les cours de préparation à la retraite (21).

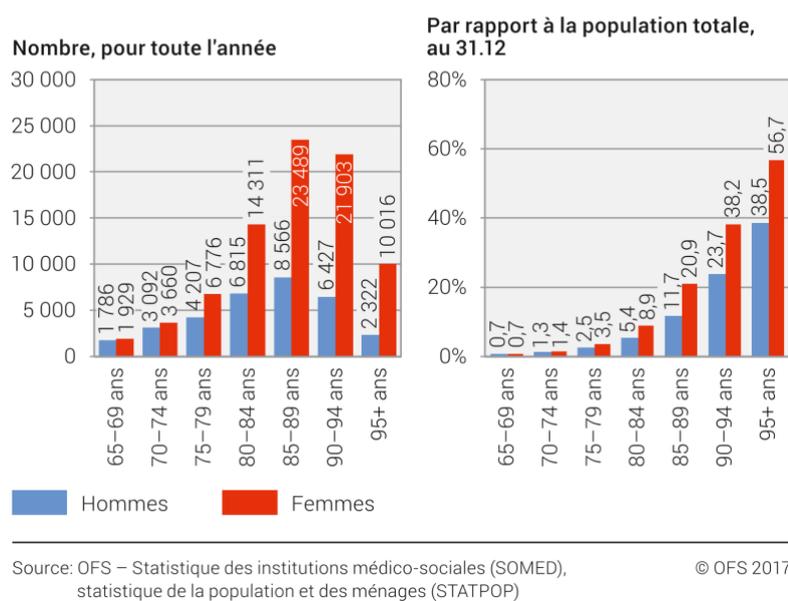
7.4. Questionner la consommation dans les institutions

Intervenir dans les institutions qui accueillent les personnes âgées semble nécessaire en raison des problèmes de consommation auxquels sont confrontées les équipes soignantes. La capacité d'adaptation des aînés est souvent défiée à travers les nombreuses pertes et changements qui surviennent durant cette période de la vie. Parmi ces changements, l'institutionnalisation constitue un des événements choc dans la vie des aînés. En effet, ce dernier est synonyme de perte d'autonomie et de pouvoir de décision, un aspect particulièrement difficile à accepter. Lorsque cela survient, la tentation de commencer ou d'augmenter une consommation d'alcool préexistante s'avère être une alternative en termes de réponse à la tristesse et aux difficultés qui accompagnent souvent ces nouvelles pertes (58). Selon plusieurs études la prévalence de la consommation problématique chez les personnes âgées se trouvant en institution peut varier entre 11 à 40%, selon les établissements (spécialisés en psychogériatrie vs autres homes) (3). En Suisse, la prévalence des personnes âgées avec une problématique d'alcool se situe entre 20 et 25% au sein des institutions. Au sein des établissements gériatriques, la consommation d'alcool pose souvent problème aux équipes soignantes, surtout qu'elle est aussi plus importante que dans la population de personnes âgées non hospitalisées (3). Un élément intéressant en termes de prévention structurelle concerne les règlements. Ces derniers ne sont pas toujours clairs en termes de consommation. Il est donc souhaitable de poursuivre les efforts engagés en la matière, notamment au niveau des règlements, et de continuer à développer

des collaborations interdisciplinaires permettant d'ancrer la gestion de la consommation dans une réelle politique institutionnelle.

Personnes vivant en EMS en 2016

Personnes vivant en établissement médico-social, en 2016



7.5. Promouvoir le communautaire

Parmi les institutions présentant un intérêt d'action, il semble important de mentionner également les associations faïtières et toutes les associations qui offrent la possibilité de développer des activités communautaires, des activités de loisirs et de rencontres aux personnes âgées. Il en va de même pour les institutions qui ont un lien de proximité avec le public cible, comme par exemple les Centre Médico-Sociaux (CMS). Il existe un lien étroit entre ces différents lieux, l'objectif de les nommer et de les identifier réside dans l'idée de créer une synergie d'action autour de cette thématique dans une visée de réduction des risques pour la prévention axée sur l'intervention précoce. Une des pistes d'intervention intéressante consiste à élaborer une pièce de théâtre sur la thématique de l'alcool comme cela a été réalisé au Tessin au sein de plusieurs espaces de rencontres destinés aux aînés. Ce type de mesure communautaire s'est avéré très efficace pour ouvrir le dialogue sur l'alcool de manière non-moralisatrice. A propos de la promotion d'une telle thématique à travers une approche communautaire, un certain nombre d'acteurs en Suisse se sont déjà intéressés à la problématique qui nous intéresse et ont élaboré des brochures, des sites internet et d'autres actions de prévention destinées au public cible, ainsi qu'aux professionnels (voir annexe A).

7.6. Interdisciplinarité

La problématique de l'alcool chez les personnes âgées se trouve à la confluence de trois domaines de spécialisation : la santé, l'accompagnement des personnes âgées et les addictions. Dans chacun de ces domaines, il existe des professionnels qui remplissent leur mission avec compétence et engagement. Cependant, les espaces de croisement entre ces trois dimensions restent insuffisamment pris en compte. La gestion des médicaments psychotropes est un bon exemple de ce défi. En effet, les interactions entre ceux-ci et la consommation d'alcool n'est pas rare chez les aînés, mais ne bénéficie pas de l'attention souhaitée. Les situations sociales et sanitaires peuvent apparaître comme déjà suffisamment complexes, sans rajouter encore la gêne que pourrait provoquer un intérêt accru sur l'alcool. Comme nous l'avons vu cependant, les interactions entre médicaments et alcool sont à la source de nombreux problèmes, qui peuvent devenir chroniques, ce qui légitime une action dans ce secteur, notamment par une augmentation des échanges entre médecine de première ligne et spécialistes des addictions. Le même type de constat peut s'appliquer entre des domaines connexes qui gagneraient à travailler davantage ensemble et d'associer les compétences addictologiques, comme les ressources humaines, les animateurs socio-culturels, la police ou les pompiers.

Parmi les corporations à intégrer, le personnel des services d'aide à domicile constitue assurément une des priorités pour renforcer le réseau de proximité des personnes âgées. Compétentes dans les problématiques sanitaires, ces personnes interviennent directement dans l'environnement de vie et bénéficient donc d'une position privilégiée en termes de repérage. La formation et l'appui à ces professionnels compétents, souvent sur-sollicités, apparaît comme une des pistes d'action les plus prometteuses.

7.7. Des pistes d'intervention pour réduire les risques

Pour mener une action de santé publique auprès d'une population si spécifique, il est nécessaire d'atteindre différentes sphères de la personne. Des approches qui non seulement réduisent les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial (4). En effet dans cette population, les bénéfices sont davantage à considérer en termes de qualité de vie et de maintien à domicile que de mortalité. La complexité d'une population comme celle des personnes âgées est due à de nombreux facteurs. La présente revue de la littérature a permis de mettre en évidence différents aspects qui influencent d'une manière ou d'une autre le cours de l'expérience vécue lors d'une problématique aussi complexe que celle des addictions. Le défi implique plusieurs aspects, tels que la diversité des personnes âgées, l'impact de l'iniquité, les représentations et les stéréotypes et enfin la question évolutive de la société et du monde dans lequel nous vivons. Les pistes d'intervention proposées dans les tableaux ci-dessous se basent sur les concepts définis dans les défis à relever, ainsi que sur les facteurs de risque identifiés et présentés, toujours dans une perspective bio-psycho-sociale.

Exemples d'interventions concrètes

Interventions	Acteurs concernés et spécificités	Moyens et indicateurs	Outcomes
Mener des campagnes de sensibilisation auprès du grand public et des personnes concernées	Différents multiplicateurs L'entourage Prévention primaire L'impact des campagnes et des projets sont portés par des personnes concernées	Moyens : Pièce de théâtre avec la participation des personnes concernées Livret d'information Création d'autres événements de mesures et de projets en lien avec la thématique. Promotion et communication des actions Parler de plaisir et de convivialité versus habitudes et déni. Utiliser l'humour pour apporter de la nuance entre le tabou et une thématique si importante Intégrer les institutions qui s'intéressent aux personnes âgées comme public cible Indicateurs : Intérêt manifesté par les professionnels, le public cible et l'entourage Possibilité de reproduire dans les différents cantons romands	Augmentation de la visibilité de la problématique d'alcool chez les aînés Réduction des risques Prise de conscience de la problématique dans la société Implication de la société quant à la problématique Diminution de la consommation chronique à risque Optimisation de l'impact des interventions Valorisation concrète des capacités des personnes concernées
Stimuler la participation des activités de bénévolat ou autre activité permettant de renforcer les liens sociaux	Collaboration avec les associations faitières	Moyens : S'intéresser aux lieux d'accueil des personnes âgées Favoriser les collaborations Indicateurs : Maintien du rôle social Sentiment d'appartenance Sentiment d'utilité Estime de soi renforcée	Participation sociale effective Création d'un cadre social favorisant des comportements alternatifs à la consommation d'alcool Intégration sociale Déprise par rapport aux modes de consommation Occupation du temps libre
Sensibiliser les professionnels au sujet du repérage précoce	Professionnels de premiers recours Professionnels des CMS et des EMS Aide à domicile Police Pompiers	Moyens : Formation et brochure (éventuellement) S'intéresser à l'histoire de vie de la personne Sensibilisation autour des outils de repérage comme moyen d'ouvrir le dialogue Explorer le mode de consommation d'alcool de manière systématique Indicateurs : Limitations des difficultés liées à la consommation problématique Renforcement des compétences professionnelles	Renforcer l'accompagnement et le soutien en cas de difficultés liées à la consommation Réduction des risques Renforcement des compétences Optimisation les réponses adéquates en cas de situation de vulnérabilité Effet sur l'aspect subjectif de la qualité de vie

			<p>Limiter les risques de confusion entre manifestations pathologiques et effets d'une consommation problématique</p> <p>Différenciation des risques</p>
<p>Travail de sensibilisation en lien avec le repérage précoce dans les lieux de soins primaires</p>	<p>Professionnels de première ligne (urgences, services sociaux, cabinets médicaux)</p>	<p>Moyens : S'intéresser aux cabinets professionnels (médicaux, services sociaux)</p> <p>Indicateurs : Meilleure prise en charge de la problématique dans ces différents espaces</p>	<p>Limiter les conséquences liées aux consommations d'alcool problématiques</p> <p>Diminution des coûts de la santé</p> <p>Meilleur repérage des situations de vulnérabilité</p>
<p>Etablir des mesures structurelles au sein des établissements</p>	<p>Lieux de vie Lieux d'accueil</p>	<p>Moyens : Créer des collaborations interdisciplinaires</p> <p>Indicateurs : Moins de difficultés à gérer la problématique liée à l'alcool</p> <p>Les résidents identifient les limites posées par l'institution</p> <p>Une consommation modérée</p> <p>Limitations des effets accrus</p> <p>Limitations des chutes</p>	<p>Ancrage de la gestion de la consommation dans une réelle politique institutionnelle en la matière.</p> <p>Etablir des repères clairs quant à la consommation d'alcool dans les institutions</p> <p>Réduction des risques</p>
<p>Mettre en réseau les différents acteurs</p>	<p>Identifier et inclure les différents professionnels multiplicateurs et</p>	<p>Moyens : Rencontres annuelles</p> <p>Plateformes d'échange</p> <p>Indicateurs : Rencontres organisées entre les différents professionnels intéressés par la thématique</p>	<p>Optimiser la communication et la définition des objectifs communs et de l'organisation</p> <p>Diffusion d'une information cohérente et adéquate</p> <p>Apporter des réponses adéquates à une thématique qui nécessite la collaboration</p>
<p>Renforcer la collaboration interdisciplinaire entre les spécialistes des addictions et le monde du travail</p>	<p>La retraite est une porte d'entrée pour aborder la question</p>	<p>Moyens : Les cours de préparation à la retraite</p> <p>Livret d'information</p> <p>Service de santé (entreprise)</p> <p>Mise en avant de la consommation contrôlée</p> <p>Indicateurs : Participation objectivée</p> <p>Intérêt sur le sujet manifesté par les personnes</p>	<p>Intervenir de manière précoce</p> <p>Rompre des tabous</p> <p>Ouvrir des possibilités d'en parler avec des spécialistes</p> <p>Réduction des risques</p> <p>Impact sur d'éventuelles</p>

		concernées	problématiques de travail reliées à une consommation problématique d'alcool
Travailler la question de l'accompagnement par l'entourage	Les proches	Moyen : Groupes de rencontre Stimuler et favoriser l'accès aux espaces d'accueil Indicateurs : Augmenter le soutien et l'accompagnement des proches	Impact concret sur le sentiment de solitude Valorisation du rôle familial Alternatives concrètes à la consommation d'alcool
Penser à une forme d'accompagnement entre pairs	Associations faïtières Lieux d'accueil	Moyens : Créer des rencontres favorisant l'accompagnement. Indicateurs : Activités en adéquation avec les capacités et l'état de santé de la personne Consommation adaptée	Prévenir les ruptures des liens affectifs et sociaux Favoriser un cadre adéquat pour une consommation contrôlée
Approfondir la recherche sur la question concernant les situations de vulnérabilité des femmes vivant seules (problématique peu investie)	Professionnels Chercheurs	Moyen : Mener une recherche axée sur ce public cible autour de la thématique de la consommation d'alcool Indicateurs : Ouverture du dialogue autour de la consommation d'alcool Demande d'aide si nécessaire faite de manière précoce	Réduction des risques Saisir les enjeux pour les femmes âgées Répondre de manière adéquate aux besoins de ce public
Sensibilisation au sujet des risques que comporte la consommation d'alcool associée à la consommation de médicaments	Pharmaciens Médecins généralistes Professionnels des CMS	Moyens : Livret résumant les risques dans les différents lieux (pharmacies, cabinets médicaux) Inviter les professionnels à se former Indicateurs : Adaptation de la consommation suite à l'information apportée Diminution des accidents en lien avec une forme de consommation mixte entre alcool et médicaments	Limiter les accidents dus à une consommation associée à la prise de médicaments

7.8. Les enjeux de la formation des professionnels

Une sensibilisation des intervenants travaillant auprès des personnes âgées est nécessaire. Cela implique d'agir sur les représentations à travers une approche de réduction des risques. Concrètement, il s'agit de penser en termes de risque plutôt que de dépendance, penser à la modification du mode de consommation plutôt qu'à l'abstinence, envisager la longévité en termes de qualité de vie restant plutôt qu'en termes de dernier plaisir restant. Il s'agirait d'atteindre les professionnels se trouvant en première ligne en termes de soins, ainsi que tous les professionnels amenés à accompagner les personnes âgées. Il est important d'inclure un large public, des médecins de famille en incluant les aides-soignants, les services sociaux, et les infirmiers.

Aspects auxquels pourrait répondre la formation :

- Renforcement des compétences de l'ensemble des acteurs amenés à accompagner des personnes âgées en situation de vulnérabilité.
- Permettre aux professionnels de saisir la complexité des situations de vulnérabilité et les enjeux plus larges que ceux liés à leurs professions respectives. Ceci constitue un des buts de l'approche de l'interdisciplinarité.
- Renforcement des connaissances spécifiques : au sujet des modifications physiologiques, les quantités en termes de consommation, niveaux de tolérance, pertes et deuil, isolement et solitude.
- L'inclusion de l'entourage dans les prises en soins
- La déprise vis-à-vis des changements et des pertes subies en termes d'activités
- Acquérir des outils pour aborder plus facilement la question des consommations de substances. (Par exemple entretien motivationnel, intervention brève).
- Optimisation de la collaboration interdisciplinaire entre le domaine des addictions et le domaine socio-sanitaire.
- Sensibilisation des professionnels de la santé à l'éducation thérapeutique.
- Renforcer les connaissances des professionnels quant aux types d'intervention possible (l'intervention brève qui se montre efficace auprès de cette population)
- Axer les approches sur une consommation contrôlée et l'intervention brève.
- Questionner les barrières de sa propre consommation d'alcool en tant que professionnel.

Il est en effet important de créer des espaces de formations afin de répondre à ce besoin spécifique. Il est essentiel de permettre aux praticiens de disposer de bases en addiction et des spécificités en lien avec le public cible (50).

8. Conclusion

La prévention s'est jusqu'ici davantage consacrée aux jeunes. Pourtant les personnes âgées sont également concernées et le constat semble clair quant à l'ampleur de la problématique de l'alcool chez les aînés. Une vulnérabilité concernant les femmes ressort à travers les différents aspects liés aux réponses inadéquates de la société face aux difficultés qui surgissent avec l'avancée de l'âge. Une des raisons principales concerne l'espérance de vie plus longue et les tabous reliés à la consommation d'alcool concernant cette génération. La consommation d'alcool étant d'une façon générale mal perçue socialement concernant les femmes, les pressions sociales subies tendent à renforcer l'isolement et le repli sur soi. Par conséquent l'accès aux soins est limité. Il serait donc important d'investiguer davantage afin de développer des pistes d'intervention qui correspondent à leurs besoins spécifiques. De plus, l'étude a permis de constater le besoin de s'intéresser également à la consommation d'alcool lorsqu'elle est associée à la consommation de médicaments, une association qui pose des problèmes supplémentaires en accentuant par exemple le risque de chutes. Il est essentiel, de faire bénéficier cette partie de la population des programmes de prévention de manière plus ciblée. D'une part, le vieillissement démographique s'accélère et les problèmes sont d'ores et déjà présents et bien ancrés. D'autre part, la question des addictions chez les aînés semble peu étudiée (de plus en plus) et investie. La responsabilité de traiter une telle thématique est d'ordre individuelle mais surtout collective.

Il a été constaté que les personnes âgées représentent un groupe très hétérogène. Elles comportent de nombreuses subtilités qui ne sont pas toujours présentes dans l'esprit des professionnels, ni des familles. On peut citer par exemple leurs craintes face à la perte d'autonomie, le sentiment d'inutilité qui s'installe insidieusement en raison de la place que leur octroie la société, la notion de subjectivité concernant la qualité de vie, tous ces aspects atteignent leur identité et leur estime de soi. Des notions qui restent très abstraites et dont il est difficile de saisir l'ampleur. Une responsabilité qui nous concerne tous, à commencer par la personne elle-même, en passant par le médecin traitant et jusqu'à la famille, il s'agit d'un sujet qui est tabou probablement en raison des réalités et des souffrances adjacentes qui peuvent émerger, mais qui peuvent justement permettre de mieux comprendre le phénomène.

Dans le cadre d'une politique de prévention, il serait intéressant de sensibiliser les professionnels de la santé, ainsi que l'environnement des personnes âgées, au repérage précoce. Des formations adressées aux acteurs concernés permettraient de promouvoir davantage les formes d'accompagnement et de soutien pour les personnes qui en ont besoin. Couplées à des adaptations structurelles, qui permettent la promotion d'un contexte plus favorable au repérage, elles peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes concernées, notamment à travers la consommation contrôlée et la réduction des risques. Ceci devrait permettre également de limiter les effets néfastes de l'isolement et de diminuer les risques d'accidents qui seraient associés à une consommation inadéquate d'alcool.

Les défis à relever sont très complexes et invitent à travailler sur la base de l'interdisciplinarité et du communautaire. Il s'agit d'une problématique qui nécessite des regards divers et variés, les objectifs sont ambitieux tant en termes d'intervenants, qu'en

termes d'impact. L'interdisciplinarité est une nécessité. Les acteurs concernés sont nombreux, la responsabilité collective commence par la personne elle-même, mais implique aussi d'inclure par exemple les proches, les aides-soignants des CMS, les pharmaciens, et jusqu'aux directeurs des Etablissement Médico Sociaux. A travers la consommation d'alcool, nous avons vu que les personnes âgées tentent de soulager une souffrance liée à la solitude, au mal être, à la baisse de l'estime de soi, à la douleur, à l'inactivité ou encore à la dépression. Il serait donc pertinent de renforcer la collaboration interdisciplinaire notamment avec le domaine de la santé psychique. Dans le domaine du travail, les responsables des ressources humaines ainsi que les centres de rencontre et de loisirs pour les aînés, doivent également être impliqués.

Le survol proposé dans ce document aura permis de saisir la multiplicité des enjeux sous-jacents, mais aussi de montrer qu'il existe de nombreuses pistes d'action pour améliorer la situation. Sur le terrain, les acteurs s'impliquent avec compétence et conviction pour répondre aux défis quotidiens. Une action cohérente des Cantons romands pourrait certainement avoir un effet multiplicateur intéressant, au vu du nombre de personnes concernées et du peu de ressources investies jusqu'ici. Les obstacles identifiés dans le domaine des représentations militent pour une action de renforcement de l'information tout public, de l'information ciblée pour les personnes principalement concernées, de la formation des professionnels et de mesures structurelles adaptées selon le contexte. L'interdisciplinarité aussi se doit d'être renforcée. Au vu de la similarité des problèmes identifiés, mais aussi des moyens pour y faire face, le cadre inter cantonal semble le bon niveau d'action.

9. Annexes

Annexe A : Quelques ressources

Canton	Institution	Description
National	Addiction et vieillissement	Ce site revient de manière récurrente, il est destiné aux personnes concernées, ainsi qu'à leur entourage et également aux professionnels de la santé. https://www.alterundsucht.ch/fr/55-and/alcool/lessentiel-en-bref
National	Addictions Suisse	Brochures : http://www.addictionsuisse.ch/personnes-agees/ <ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool et vieillissement (2013) • Alcool et médicaments en vieillissant (2011) • Alcool et âge (2011) (disponible en 9 langues) • Médicaments et âge (2017) (disponible en 9 langues)
National	CuraViva	Association faitière national attachée à l'ensemble des cantons : Création de conditions cadres, représente les intérêts de toute la Suisse en matière de politique sociale, de formation, de santé et de société reliés aux homes et des institutions sociales. Au sujet de l'addiction chez les personnes âgées, un dossier thématique est disponible. https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/PQBbv/?method=dossier.detail&id=8A4839D6-D6AF-C6E7-E59E0732BB9AB396&&lang=fr
Luzern	Aksent	« Risque d'addiction des personnes âgées » (Suchtgefährdung im Alter) : http://www.akzent-luzern.ch/factsheets/betreuung/130909_leitfaden_suchtgefaehrdung_im_alter_beirat.pdf (Allemand)
Cantons romands	La Croix-Bleue	Accompagnement et prévention. Soutien aux professionnels de soins pour la prise en charge de problèmes de consommation d'alcool auprès des personnes âgées et de leurs proches. http://www.croix-bleue.ch/alcool-dependance/alcool-3eme-64.html
FR	Direction de la santé et des affaires sociales	La Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a confié au Service de la santé publique (SSP) et au Service du médecin cantonal la tâche d'élaborer un Plan cantonal d'action alcool (PCAA). Le PCAA 2018-2021, mis en consultation au courant du printemps 2018, a été conjointement élaboré par ces deux services, avec pour préoccupation de couvrir tant les aspects de prévention de la consommation problématique d'alcool que les aspects de prise en charge des dépendances. Les personnes âgées de 50 ans et plus sont reconnues comme une population à risque et représentent un groupe prioritaire dans

GE	Institut de Santé Globale de l'Université de Genève.	Stop-alcool.ch est un site et une application qui aide les buveurs à risque ou excessif, soit ¼ de la population Suisse à réduire leur consommation. Il contient une information générale mais précise et non ciblée sur les personnes âgées. Mais revient de manière récurrente comme référence en termes de prévention lors des recherches.
JU	Fondation O2 et autres partenaires	Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé 2014-2024. Documentation générale, axé sur la nouvelle stratégie par thématique. Le chapitre addiction est adressé à la population générale. https://www.jura.ch/DES/SSA/Prevention-et-promotion-de-la-sante.html
NE	Service de la santé publique et Addiction Neuchâtel	Actions durant la semaine alcool (2017) afin d'inciter au dialogue et à la réflexion. Actions axées sur la prévention auprès des personnes âgées avec des activités auprès du grand public et des actions davantage ciblées sur les professionnels avec des formations. http://www.ne.ch/medias/Pages/170508-Semaine-de-pr%C3%A9vention-des-probl%C3%A8mes-li%C3%A9s-%C3%A0-l%E2%80%99alcool-dans-le-canton-de-Neuch%C3%A2tel-.aspx
TI	Pro Senectute TI	Sensibilisation auprès des aînés à travers une courte pièce de théâtre (A la mé età, Compagnia teatrale UHT) http://www.ti.pro-senectute.ch/uploads/media/flyer_teatro_a_la_me_eta_01.pdf
TI	Administration du canton du Tessin	<i>Servizion di promozione e valutazione sanitaria e ufficio del medico cantonale</i> En collaboration, les deux services se sont intéressés à la consommation d'alcool auprès des personnes âgées. Un document a été élaboré pour présenter les résultats avec des mesures concrètes.
TI	Administration du canton du Tessin	<i>Servizi amministrativi cantonali, Ticino Addiction, Radix SI, Ingrado</i> Plan d'action cantonal alcool, consommation problématique chez les aînés. Un sujet tabou ? (2015) http://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Convegna/UMC_forrmazione_anziani_alcol_2015.pdf
VS	Service de la santé publique	Programme de promotion de la santé 60 +. Stratégie cantonale en Valais. Un document complet axé sur la promotion de la santé auprès des 60 ans et plus. Parmi les domaines d'action prioritaires figurent les addictions.
VD	FVA	« Vieillir sans problèmes d'alcool » brochure créé en 2005. Diffusée au sein des professionnels de la santé, ainsi qu'auprès d'autres institutions (ligue de la santé.ch) http://www.pmu-lausanne.ch/vieillir_sans_probleme_d_alcool.pdf
VD	Canton	Le canton de Vaud s'intéresse au bien être des personnes âgées, évoquant la question de la consommation chez les personnes âgées. http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf

Questionnaire en vue des FOCUS GOUP cantonaux

Inventaire des besoins, mesures existantes et pratiques en matière de prévention

I. Thématique des personnes âgées, inventaires des mesures existantes

- Quels sont les besoins actuels dans votre canton (ou plus large), en termes de prévention alcool auprès des personnes de 50 ans et + et / ou 65 ans et + ?
- Des mesures de prévention sur la thématique de la consommation d'alcool chez les seniors existent-elles dans votre canton ? Si oui lesquelles ? Si non quelles mesures vous paraîtraient opportunes pour cette population ?
- Existe-t-il des mesures visant à soutenir la période du passage à la retraite ?
- Quelles sont les thématiques à traiter en priorité dans le domaine de la prévention d'alcool auprès des seniors ?
- Si vous travaillez déjà sur des mesures visant le public senior, à partir de quel âge impliquez-vous cette population dans les mesures ?
- Comment associer les proches et l'entourage ?
- Quelles sont les structures/institutions/acteurs de votre canton (ou plus large) qui devraient être impliqués dans ce projet ?
- Quels axes privilégier dans un projet s'adressant à cette population (ex. information de la population, formation des professionnels, etc) ?
- Quelles opportunités devraient être saisies pour la prévention autour de ce thème ?

II. Besoins et attentes par rapport à un projet intercantonal

- Comment imaginez-vous un projet intercantonal dans ce domaine ?
- Quels outils spécifiques aimeriez-vous développer ?
- Souhaiteriez-vous poursuivre la « semaine alcool » ?
- Quelles ressources seriez-vous prêts à impliquer dans un projet intercantonal ?

10. Références

1. Menecier P. Les aînés et l'alcool [Internet]. Eres. 2010 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.editions-eres.com/ouvrage/2470/les-aines-et-l-alcool>
2. Vigne C. La dépendance alcoolique en gériatrie, ADDICTION TO ALCOHOL IN GERIATRICS. *Gérontologie Société*. 2003;26 / n° 105(2):101-8.
3. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée 2010. 2010 [cité 21 août 2017];9(2). Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2010-v9-n2-dss1812927/1005300ar.pdf>
4. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Vieillesse [Internet]. WHO. 2017 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
5. Caradec V. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées Économiques Soc*. 2009;(157):38-45.
6. Notari L, Delarande Jordan M. La santé chez les personnes âgées vivant dans des ménages privés.pdf [Internet]. 2012 [cité 21 août 2017]. Disponible sur: http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/RR_59.pdf
7. Hopflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn A. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée | OBSAN [Internet]. OBSAN; 2011 [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-dependance-des-personnes-agees-et-les-soins-de-longue-duree>
8. Bergeret-Amselek C. La Vie à l'épreuve du temps - Catherine Bergeret-Amselek - Livre - Psychologies.com [Internet]. 2009 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Estime-de-soi/Livres/La-Vie-a-l-epreuve-du-temps>
9. Hazif-Thomas, Thomas. Sujet âgé, séparation et addiction à l'alcool : éviter la cassure de la relation à l'environnement [Internet]. EM-Consulte. 2008 [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/177926/sujet-age-separation-et-addiction-a-lalcool-eviter>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Le vieillissement et la santé.pdf [Internet]. 2016 [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1
11. OMS. OMS | Vieillesse de la population [Internet]. WHO. 2010 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/72/fr/>
12. Giannakopoulos P. Consommation à risque et comportements addictifs du sujet âgé : à propos des enjeux d'avenir. 2017.
13. Doser Joz-Roland N, Monod-Zorzi S. Santé et besoins en soins des personnes âgées: différences liées au genre. *Rev Médicale Suisse*. 28 juill 2010;6(257):1458-60.
14. Kohli R. Le vieillissement démographique s'accélère. 2016 [cité 6 nov 2017]; Disponible sur: http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2016/10/05_Kohli_FR.pdf
15. OMS. OMS | Consommation d'alcool [Internet]. WHO. [cité 27 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
16. Addiction Suisse. Alcool [Internet]. addictionsuisse. 2014 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/alcool/>
17. Fischer, Widmer, Leukert, Telser. Coûts liés à l'alcool en Suisse. [Internet]. Polynomics; 2014 [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/34156.pdf>
18. Addictions G| GR d'Etudes des. Calculer sa consommation - Programme de consommation contrôlée d'alcool - Alcochoix+ [Internet]. [cité 20 déc 2017].

Disponible sur: http://www.alcochoix.ch/Dossier/calculer_consommation.htm

19. OFSP. Le Programme national alcool 2008-2016 [Internet]. 2013 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/menschgesundheitsucht/alkohol/alkoholpolitik/nationales-programm-alkohol-2008-2016.html>
20. Roschelle A, Heuberger PhD R. Alcohol and the Older Adult: A Comprehensive Review. *J Nutr Elder*. 31 août 2009;28(3):203-35.
21. Cassou B. Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées, PREVENTING DISEASE AND PROMOTING THE HEALTH OF OLDER PEOPLE. *Gérontologie Société*. 1 déc 2008;31 / n° 125(2):11-22.
22. Michaud P, Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie Société*. 1 avr 2009;26 / n° 105(2):89-99.
23. Latanioti, Ebbing. La consommation d'alcool chez les aînés, quelles normes? 2017 [cité 30 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.carrefouraddictions.ch/wp-content/uploads/2017/10/67034351.pdf>
24. Educalcool. Alcool_et_Sante_3.pdf [Internet]. 2016 [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: http://educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Alcool_et_Sante_3.pdf
25. OFSP. Consommation d'alcool en Suisse en 2016.
26. Onen SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. /data/revues/16274830/00080045/08000901/ [Internet]. 10 juill 2008 [cité 7 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/177925>
27. Brousse G, Tourtauchaux R, Vlnot J. L'alcoolisme chez les sujets âgés. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003;
28. Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et addictologie*. 2013;61-72.
29. Reid MC, Boutros NN, O'Connor PG, Cadariu A, Concato J. The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. *Subst Abuse*. sept 2002;23(3):149-64.
30. Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr*. déc 2008;20(6):1090-103.
31. OMS. OMS | Les chutes [Internet]. WHO. 2017 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
32. Ebbing K. Consommation d'alcool et de benzodiazépines au troisième âge : Psychogériatrie. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. b>Date</b 2010 [cité 30 nov 2017];6(244). Disponible sur: http://www.lissa.fr/fr/rep/articles/PF_22603787
33. Daveluy A, Haramburu F. Pharmacodépendance chez le sujet âgé. *Gérontologie Société*. 2003;26 / n° 105(2):45-58.
34. Nkogho Mengue P-G, Abdous B, Berbiche D, Preville M, Voyer P. La dépendance aux benzodiazépines et le risque de troubles anxieux et de dépression : étude sur la santé des aînés. *L'Encéphale*. 1 juin 2014;40(3):216-22.
35. Marmet, Gmel, Gmel G, Frick, Rehm. Alcohol attributable mortality in Switzerland between 1997 et 2011 [Internet]. 2013 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Endbericht_2013_-_Mortalit%C3%A4t.pdf
36. Cancela E, Giardini U. Les abus de substance chez la personne âgée. [cité 15 déc 2017]; Disponible sur: http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/26_dependances.pdf
37. Lleshi, Bizzozzero. La dépression du sujet âgé [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS->

216//La-depression-du-sujet-age

38. Daepfen J-B. Alcool chez la personne âgée. (26).
39. Giordana J., Roelandt J., Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques - ScienceDirect. [cité 19 déc 2017]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370061070018X>
40. Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme. vieillir_sans_probleme_d_alcool.pdf [Internet]. 2005 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: http://www.pmu-lausanne.ch/vieillir_sans_probleme_d_alcool.pdf
41. Del Giorgio R, Ceschi A, Gabutti L. Benzodiazépines chez les patients âgés : le côté sombre d'une pilule magique. Rev Médicale Suisse. 25 janv 2017;13(547):282-4.
42. Promotion Santé Suisse. La santé psychique au cours de la vie [Internet]. Lausanne; 2016 [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Rapport_006_PSCH_2016-04_-_La_sante_psychique_au_cours_de_la_vie.pdf
43. Monod S, Sautebin A. Vieillir et devenir vulnérable. Rev Médicale Suisse. 18 nov 2009;5(226):2353-7.
44. Doucet H. Personnes âgées et soins de santé. Gérontologie Société. 2002;25 / n° 101(2):37-49.
45. Justiniano I, Desbaillets M. Nouvelles conflictualités à l'âge avancé. Rev Médicale Suisse. 14 avr 2010;6(244):767-9.
46. Hanus M. Les deuils au grand âge. Études Sur Mort. 19 oct 2009;(135):89-97.
47. Amateis, Büla. Insomnies chez les personnes âgées : quelle approche ? Rev Médicale Suisse [Internet]. 2007 [cité 19 déc 2017]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-132//32656>
48. Gilles E. La solitude, c'est aussi une maladie. 2002 [cité 8 déc 2017]; Disponible sur: https://www2.unil.ch/unicom/allez_savoir/as24/pages/as24_seul.pdf
49. Marquette C, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Vermeulen O, Vénisse J-L. Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances, Abstract. Psychotropes. 24 janv 2011;16(3):161-78.
50. Liegeard A. Repérage du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées par les médecins généralistes [Internet]. [Rouen]; 2012 [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00702589/document>
51. Nubukpo P, Laot L, Clément J-P. Les conduites addictives de la personne âgée [Internet]. 2012 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/gpn-293277-les_conduites_addictives_de_la_personne_agee--WhwYVn8AAQEAAEhJfnYAAAAG-a.pdf
52. Gache, Haaz. Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2007 [cité 15 janv 2018]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-118/32411>
53. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. La toxicomanie chez les aînés reconnaître comprendre et agir.pdf [Internet]. Santécom. 2001 [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550369327.pdf>
54. OBSAN. Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution [Internet]. 2012. Disponible sur:

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_54_rapport.pdf

55. Caradec V. Vieillissement et déprise. 2013 [cité 6 déc 2017]; Disponible sur: <http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/vieillissement-et-deprise.html>

56. OFS, Enquete Suisse sur la Population Active. Travail bénévole - 2013 | Diagramme | [Internet]. OFSP; 2016 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/rapports-protection-sociale/indicateurs-prevoyance-vieillesse/qualite-vie-personnes-agees.assetdetail.1520300.html>

57. Matthieu R. La nouveauté une affaire de vieux. 2015 [cité 19 déc 2017];9. Disponible sur: http://www.revuehemispheres.com/documents/Hemispheres_9_Dossier_sans_image.pdf

58. Muraro A. Vieillir en Suisse [Internet]. 2013 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://archivesma.epfl.ch/2013/056/muraro_enonce/Vieillir.En%20Suisse_Muraro%20Anina_Enonc%c3%a9%20Th%c3%a9orique.pdf/